FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 302.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 16 novembre 1852,

Par Victor-François BÉCHET,

né à Ducey (Manche),

Médecin et Chirurgien interne des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
Élève de l'École Pratique,
Membre de la Société Anatomique.

DE LA MÉNINGITE SIMPLE
ET DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE,
COMPARÉES CHEZ LES ENFANTS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN. — MM.

Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	....
Pharmacie et chimie organique	....
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	ROSTAN, Président.
Clinique médicale	BOUILLAUD. MOREAU. PIORRY. ....
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU, Examinateur.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER, Examinateur.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

A MES DEUX ONCLES.

A M. ROSTAN,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie nationale de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

A M. P. DUBOIS,

Doyen et Professeur de Clinique d'Accouchements à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie nationale de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

Recevez, très-honorés maîtres, l'hommage public de mon plus profond respect et de ma vive reconnaissance pour l'instruction que j'ai puisée à vos côtés, et pour la bienveillance dont vous m'avez si souvent honoré.

Je prie MM. Manec, Vigla, Cusco, Michon, Huguier, Lenoir, Henri Roger, et Natalis Guillot, mes autres maîtres dans les hôpitaux, de recevoir l'expression de ma vive gratitude pour leurs savantes leçons et l'intérêt qu'ils m'ont témoigné pendant le cours de mes études.

Je prie aussi M. Desmarres, professeur d'oculistique, et M. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie nationale de médecine, de recevoir mes remercîments pour l'instruction que j'ai puisée à leurs savantes leçons cliniques.

DE

LA MÉNINGITE SIMPLE

ET

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE,

COMPARÉES CHEZ LES ENFANTS.

Longtemps confondues sous les dénominations de *fièvre cérébrale*, d'*hydrocéphalite*, d'*irritation encéphalique des enfants*, la *méningite tuberculeuse* et la *méningite simple* des enfants n'ont été distinguées l'une de l'autre que dans ces derniers temps. C'est à MM. Rilliet et Barthez que l'on doit cette division importante. Cependant plusieurs pathologistes avaient entrevu la différence, dès la fin du siècle dernier, et avaient cherché à établir une séparation entre ces deux affections; mais la lésion caractéristique de la méningite tuberculeuse n'était pas encore connue, et il n'était pas possible d'établir de division entre deux maladies dans les symptômes [desquelles on croyait bien apercevoir quelques différences, mais dans les lésions anatomiques desquelles on n'en distinguait pas de spécifiques. Ce n'est vraiment qu'en 1830 que M. Papavoine, quoiqu'on l'eût déjà entrevu (Guersant), aperçut et décrivit les granulations tuberculeuses des méninges, découverte qui fut confirmée par les recherches de MM. Gherard (1834), Rufz (*Quelques recherches sur les symptômes et les lésions anatomiques de la maladie connue sous*

les noms d'hydropisie aiguë, de fièvre cérébrale; dissert. inaug. ; Paris, 1839), de M. Piet, et de plusieurs autres observateurs.

Aujourd'hui on ne se borne plus à appeler méningite tuberculeuse, méningite granuleuse, hydrocéphale aiguë, etc., l'inflammation des méninges accompagnée de la présence de granulations de nature *tuberculeuse* ou simplement fibroplastique, d'après les dernières recherches microscopiques, dans les mailles de la pie-mère. MM. Rilliet et Barthez donnent le nom de *méningite tuberculeuse* à toute inflammation des méninges, ou qui est accompagnée de granulations tuberculeuses dans les mailles de la pie-mère, sans qu'il y ait de tubercules dans aucun autre organe, ou qui est caractérisée par la présence simultanée de tubercules dans les méninges et dans un ou plusieurs autres organes, ou enfin qui survient chez un sujet portant dans un organe quelconque des tubercules, sans qu'il y en ait dans la pie-mère.

Cette définition me paraît la meilleure, parce qu'elle comprend un certain nombre de symptômes qui coexistent toujours, quoique avec des lésions anatomiques un peu différentes. Aussi les auteurs du *Compendium de médecine,* qui se bornent à donner la définition suivante : «Nous décrirons, sous le nom de *méningite tuberculeuse*, une maladie caractérisée anatomiquement par la présence d'une matière tuberculeuse déposée dans la pie-mère sous forme de granulations de grandeur variable», paraissent-ils avoir prévu l'insuffisance de leur définition ; car, plus haut, ils disent : «Les auteurs décrivent, sous le nom de *méningite tuberculeuse*, une maladie des méninges dans laquelle l'inflammation fait souvent défaut, et qui d'ailleurs n'est point la cause de la production tuberculeuse. L'expression d'*affection tuberculeuse* ou de *tubercules des méninges* nous semble préférable, quoique nous soyons forcés de reconnaître qu'on trouve sur quelques sujets tous les symptômes de la méningite tuberculeuse, sans qu'on puisse constater de tubercules dans les membranes.»

Malgré la découverte des tubercules dans les méninges ou plutôt

de la méningite tuberculeuse, pour rester fidèle à la définition que j'ai adoptée, on n'était pas encore arrivé à faire la distinction de cette affection et de la méningite simple chez l'enfant.

« Un grand nombre de médecins, dit M. Rilliet, à l'excellent mémoire duquel (*Archiv. gén. de méd.*, 1846 et 47) je ferai de fréquents emprunts, confondent encore toutes les maladies aiguës du cerveau chez les enfants sous le terme générique d'*hydrocéphale aiguë* ou de *méningite tuberculeuse*. Cependant cette erreur, que l'on peut reprocher aux auteurs les plus récents, n'a pas été commise par tous ceux qui ont dirigé leurs recherches sur les maladies cérébrales de l'enfance.

« Ce n'est pas toutefois dans les ouvrages des anciens, ou même dans ceux des médecins des siècles plus rapprochés du nôtre, que l'on peut trouver les éléments de la question qui nous occupe; Hippocrate, Galien, Celse, Rhazès, ne nous fournissent pas plus de documents sur ce sujet que Willis, Harris, Hoffmann, Stoll, Cullen, etc.

« Mais, parmi les pathologistes qui ont écrit à la fin du siècle dernier, au commencement et dans le courant de celui-ci, il en est plusieurs qui ont cherché à établir une séparation bien nette entre des maladies que de nos jours encore on s'obstine à confondre. »

Ensuite M. Rilliet cite un passage d'Hopfengärtner, dans lequel ce médecin allemand indique assez bien, dès 1802, sauf quelques erreurs, les caractères de la méningite simple et les oppose à ceux de l'hydrocéphale aiguë. Après avoir rapporté ce passage d'Hopfengärtner, il en cite d'autres empruntés à Coindet, Matthey, Jahn, Evason, et Maunsel, pour montrer que ces médecins ont reconnu une forme de méningite différente de la méningite tuberculeuse.

« Depuis, ajoute M. Rilliet, que l'hydrocéphale a perdu son nom pour prendre celui de *méningite*, la confusion s'est de nouveau établie entre ces deux espèces, et on le comprend aisément, car le langage aidait lui-même à la méprise. Il n'y avait rien d'irrationnel en effet à distinguer une hydrocéphale d'une inflammation des mé-

ninges ; mais à quoi bon faire deux espèces de méningites? Aussi les médecins qui ont décrit la maladie sous ce nom, Gœlis, MM. Senn, Charpentier, etc., ont-ils confondu ces deux formes dans un même tableau. Cependant Parent et Martinet avaient déjà séparé, avec raison, l'inflammation de la base de celle de la convexité, et avaient reconnu que chez les enfants la première espèce est beaucoup plus fréquente que la seconde. . . . .

« Depuis la découverte de la véritable nature de la maladie dite *hydrocéphale aiguë,* par MM. Papavoine, Gerhard, et Rufz, l'on a ajouté au mot *méningite* celui de *tuberculeuse.* Cet adjectif devait, ce semble, ramener le diagnostic dans une meilleure voie ; mais il n'en a rien été, et MM. Piet, Green, Becquerel, Coignet, Delcour, etc., ont presque complétement passé sous silence la méningite franche. »

M. Rufz, dans un mémoire (1841) postérieur de plusieurs années à ses recherches sur la méningite tuberculeuse, et aux travaux de quelques-uns des médecins que nous venons de citer, s'exprime en ces termes :

« Je n'ai parlé, dans ma thèse, que des cas d'affection cérébrale que je pouvais considérer comme de nature tuberculeuse; mais je n'ai pas nié qu'il pût en exister d'une autre nature........ Pendant que j'observais à l'hôpital des Enfants, sur le grand nombre d'affections cérébrales que je trouvais de nature tuberculeuse, une seule me présenta les caractères d'une méningite inflammatoire, c'est-à-dire avec production de pus véritable. »

Déjà en 1839, dans son article *Méningite* du *Dictionnaire de médecine,* Guersant avait distingué la méningite franche de la méningite tuberculeuse ; mais il avait eu principalement en vue celle des adultes. Aussi M. Rilliet a-t-il pu dire avec raison :

« Nous croyons donc être les premiers, M. Barthez et moi, qui ayons donné une description de la méningite franche des enfants, en appuyant nos assertions sur des faits. Nous pensions que la nécessité de la distinction entre les deux formes avait été générale-

ment sentie; mais, depuis la publication de notre ouvrage, plusieurs médecins estimables, MM. Delcour, Bouchut, Barrier, et l'habile professeur de thérapeutique de la Faculté, dans leurs travaux sur les maladies du jeune âge, ont presque complétement négligé la méningite franche. »

Tout récemment, dans la seconde édition de son *Traité des maladies des nouveau-nés*, M. Bouchut admet d'une manière formelle la distinction de la méningite franche et de la méningite tuberculeuse, qu'il appelle granuleuse, et à laquelle il est loin de donner un sens aussi étendu que M. Rilliet. « Je ne pense pas, dit-il, comme le prétendent MM. Rilliet et Barthez, qu'on puisse rapporter à la méningite tuberculeuse certains exemples de méningite simple, c'est-à-dire sans granulations méningées et sans tubercules cérébraux, par ce seul motif qu'il existe des tubercules en d'autres points de l'économie. »

Quoi qu'il en soit, il est d'une grande importance d'établir une distinction entre deux maladies, dont l'une, la méningite tuberculeuse, paraît à presque tous les médecins de nature incurable, tandis que l'autre laisse prise au thérapeutiste, et donne l'espoir d'une guérison. C'est ce qui résulte de l'analyse que M. Rilliet a faite des différentes observations des auteurs, et dont quelques-unes lui ont paru des cas de méningites simples guéries. D'un autre côté, si la méningite simple guérit quelquefois chez l'adulte, sous l'influence d'un traitement énergique et bien dirigé, pourquoi n'aurait-on pas l'espoir bien fondé d'obtenir aussi cette heureuse issue chez les enfants ? Aussi ne saurait-on trop louer MM. Rilliet et Barthez des efforts qu'ils ont faits pour établir le diagnostic de deux affections entre lesquelles ils sont parvenus à trouver des différences si tranchées, qu'ils n'ont pas craint de dire :

« Nous avons démontré, et nous démontrerons de nouveau jusqu'à l'évidence, que la méningite franche et la méningite tuberculeuse diffèrent entièrement. Leurs causes ne sont pas les mêmes, elles attaquent des enfants placés dans des circonstances différentes ; elles

n'ont ni le même mode de début ni la même marche, ni la même terminaison, ni les mêmes caractères anatomiques, et très-certainement elles ne réclament pas un traitement en tous points semblable. . . . .

Pour nous, la méningite franche est aussi différente de la méningite tuberculeuse que la pneumonie est différente de la phthisie pulmonaire. Or, pour établir un point de comparaison entre des maladies siégeant toutes deux dans l'encéphale, nous affirmons que les caractères qui servent à différencier les deux espèces de méningites sont bien plus tranchés et bien plus nombreux que ceux qui font de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral deux maladies distinctes. . . . .

Nous nous faisons forts aussi, si l'on nous indique le nombre et la nature des tubercules dans les organes de la poitrine et du ventre, de dire, avec une grande chance d'approximation, quel a été le début, la marche et la durée de la maladie. . . . .

D'un autre côté, si l'on nous présente le cerveau d'un enfant dont la convexité des hémisphères soit couverte de produits purulents ou de fausses membranes arachnoïdiennes dans une grande étendue, nous affirmons, sans crainte d'être démentis par l'expérience, qu'il n'existe de tubercules ni dans les méninges, ni dans le cerveau, ni ailleurs; que la maladie a éclaté brusquement et violemment; qu'elle a débuté par des convulsions, si l'enfant est très-jeune; s'il est plus âgé, par des vomissements, de la constipation et une violente céphalalgie; que les symptômes ont été suivis au bout de un, deux, trois jours ou plus, d'une formidable frénésie, enfin que sa durée a été très-courte, trois, quatre, six jours. »

Telle est la précision de diagnostic à laquelle sont arrivés MM. Rilliet et Barthez, seulement à l'aide de six observations de méningite simple, dont cinq ont été recueillies par eux-mêmes, et l'autre communiquée par M. Legendre. M. Rilliet a traité de nouveau ce sujet en le reprenant, dit-il, *ab ovo,* en s'aidant de nouvelles observations

qu'il a trouvées en analysant les ouvrages des différents auteurs, et en y ajoutant deux nouveaux faits recueillis par lui-même.

Il m'a été donné d'observer, à l'hospice des Enfants Trouvés, dans le service de M. Henri Roger, trois cas de méningite simple et trois cas de méningite tuberculeuse, et, à l'hôpital Necker, un quatrième de méningite tuberculeuse. J'utiliserai ces trois cas de méningite franche en m'aidant des travaux de MM. Rilliet et Barthez, pour appuyer la doctrine qu'ils ont soutenue, quoique mes observations présentent quelques points qui semblent contredire certains faits avancés par ces auteurs.

Je comparerai les deux maladies dans leurs lésions anatomiques, leurs symptômes et leurs causes, et de cette comparaison ou plutôt des différences que je trouverai entre elles, je déduirai leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.

La principale cause de la confusion de ces deux maladies doit être recherchée dans la coexistence de certaines lésions des membranes du cerveau et de symptômes semblables dans l'une et l'autre; mais, si elles présentent des caractères communs qu'il n'est pas possible de rapporter à l'une plutôt qu'à l'autre, elles offrent aussi, comme nous le verrons, des différences bien tranchées qui permettent d'établir entre elles une distinction bien marquée.

CARACTÈRES ANATOMIQUES.

Dure-mère. Un caractère commun aux deux formes de méningite est l'injection de la dure-mère, qui offre une teinte variable depuis le rouge plus ou moins foncé jusqu'à la couleur violacée; ce caractère a été constant dans tous les cas que j'ai observés. Il en est de même des deux autres membranes protectrices du cerveau, qui sont aussi plus ou moins injectées; mais l'arachnoïde doit cet aspect à sa transparence, et ne présente point de vaisseaux.

Pus. Dans la méningite tuberculeuse, comme dans la méningite

simple, on constate la présence de pus tantôt liquide, tantôt offrant une consistance plus ou moins grande, et ayant l'apparence de fausses membranes, au milieu desquelles le microscope découvre les globules purulents. Ce pus et ces fausses membranes ont une couleur jaune ou verdâtre et un aspect albumineux, et siégent dans la cavité arachnoïdienne ou sur la pie-mère; quelquefois aussi on rencontre du pus dans les ventricules. Mais, dans la méningite franche, le pus se trouve ordinairement à la convexité des hémisphères, entre les deux lobes, quelquefois sur toute la surface en même temps, rarement à la base et aux ventricules réunis seulement; tandis que, dans la forme tuberculeuse, le pus et les fausses membranes occupent la base. Dans l'une et l'autre forme, on peut trouver de la sérosité et du pus dans la grande cavité arachnoïdienne et dans les ventricules.

Cerveau. Les circonvolutions du cerveau sont aussi quelquefois aplaties et tassées les unes contre les autres; mais, dans la forme tuberculeuse, on rencontre un ramollissement des parties centrales, blanc, crémeux, occupant, dans la grande majorité des cas, le septum lucidum, la voûte à trois piliers, s'étendant rarement aux parois inférieures des ventricules. Dans la méningite franche, au contraire, le cerveau, pris dans son ensemble, est toujours ferme, ou bien la partie superficielle des circonvolutions est quelquefois ramollie, et la pie-mère, qui lui est adhérente, entraîne quelques fragments de la substance cérébrale.

Mais le caractère fondamental, distinctif, des deux formes de méningites, c'est le dépôt de matière tuberculeuse dans les mailles de la pie-mère, se présentant sous forme de granulations aplaties ou arrondies, disséminées en différents points des hémisphères ou de la base, d'un volume variable entre un grain de semoule ou une tête d'épingle, le plus souvent opalines ou blanches, quelquefois grises, demi-transparentes, ordinairement isolées, quelquefois réunies; dans des cas très-rares, la granulation est la seule lésion méningée. En même temps, on rencontre dans les autres organes de la matière

tuberculeuse, en général à un état bien avancé, ou bien ayant revêtu la forme aiguë. Telle est la lésion caractéristique de la méningite tuberculeuse.

SYMPTÔMES.

Il est facile de comprendre que deux maladies dont le siége anatomique est le même, qui ont une communauté de lésions importantes, doivent nécessairement présenter un certain nombre de symptômes qui soient la traduction de ces lésions morbides. Aussi comprend-on, quand on envisage cette identité de symptômes très-frappants, qu'on ait été si longtemps à distinguer les deux espèces de méningite. Mais nous avons aussi démontré qu'il existe des caractères anatomiques, également très-sensibles, qui séparent les deux affections, et par conséquent à ces lésions, doivent aussi correspondre des phénomènes très-notables et caractéristiques. Ainsi, de même que nous avons déjà vu des lésions communes et des lésions différentes, nous trouverons aussi des symptômes communs et des symptômes différentiels.

Quand les enveloppes protectrices d'un organe aussi délicat que le cerveau sont malades, il n'est guère possible d'admettre que les lésions dont elles sont le siége n'influencent pas les fonctions de cet organe, et que, par suite, les premiers phénomènes qui doivent traduire ces lésions ne soient des manifestations anormales dans les fonctions du cerveau. De même, tous les autres organes étant sous la dépendance de l'encéphale, quand cet organe ne remplit pas ses fonctions d'une manière normale, les autres doivent nécessairement éprouver des troubles sympathiques dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Je vais d'abord étudier les symptômes cérébraux, que j'appellerai *directs;* puis je passerai en revue les signes fournis par les différentes fonctions, en m'appuyant sur les plus importantes, et que j'appellerai symptômes *indirects*.

Symptômes directs.

Céphalalgie. Les deux espèces de méningites peuvent être primitives ou secondaires, c'est-à-dire se développer dans le cours d'une autre maladie ; mais le plus souvent elles sont primitives, et débutent habituellement au milieu d'une santé qui paraît parfaite : c'est ce qui a eu lieu dans six des cas que j'ai observés. Un phénomène que j'ai toujours noté au début et qui ne paraît guère manquer, dès que les enfants sont en âge de rendre compte de leurs sensations, c'est la céphalalgie, qui est ordinairement frontale ; on peut même la soupçonner, quand les enfants ne parlent pas, en les voyant porter les mains à leur tête. Elle n'existe que dans la première période de la maladie : ainsi, dans la méningite tuberculeuse, elle dépasse rarement le dixième ou le douzième jour, et sa durée est en rapport avec celle que doit avoir la maladie ; dans la méningite simple, elle dure un, deux, trois jours. Cependant, dans une des observations que je rapporterai, et qui est très-remarquable par la durée de la maladie et par les alternatives de mieux et d'aggravation, la céphalalgie, après avoir existé au début, a cessé, pour reparaître le douzième et le treizième jour, puis a de nouveau cessé, pour revenir encore au vingt-huitième jour.

Quoique symptôme commun dans les deux affections, la céphalalgie présente cependant des caractères importants qui peuvent servir à établir une distinction. Ainsi, dans la méningite franche, elle est remarquable par son intensité, elle arrache des cris aux jeunes malades, elle est beaucoup plus violente que dans la fièvre typhoïde et dans la plupart des cas de méningite tuberculeuse, et surtout elle offre ceci de particulier, que dès le début elle a atteint son apogée ; tandis que, dans la méningite tuberculeuse, elle n'est jamais aussi intense les premiers jours. M. Rilliet croit avoir remarqué que la céphalalgie était plus continue, et moins sujette aux exacerbations et au retour par accès qui se manifestent dans la forme tuberculeuse.

Troubles de l'intelligence. Les désordres survenus dans les facultés intellectuelles sont d'un grand secours pour distinguer l'une de l'autre les deux maladies. Se manifestant de très-bonne heure, ne manquant jamais et atteignant ordinairement une grande intensité dans la méningite franche, il est rare au contraire de les rencontrer les premiers jours, et surtout très-prononcés, dans la méningite tuberculeuse, où ils manquent quelquefois. Dans les trois cas de méningite simple qui ont été soumis à mon observation, le délire a existé, dès le premier jour, deux fois, et s'est manifesté le troisième jour dans l'autre cas. Chez une petite fille, âgée de trois ans et neuf mois, atteinte de méningite tuberculeuse, et dont je vais rapporter tout à l'heure l'observation, on n'a jamais constaté de délire, à moins qu'on ne considère comme du délire un peu d'agitation survenue dans les derniers jours.

Observation Ire. — Venant (Zoé), âgée de trois ans et neuf mois, d'une constitution un peu faible, ayant la peau fine et blanche, vaccinée, a été mise en dépôt à l'hospice des Enfants Trouvés, le 4 février 1851. Le 22 mars suivant, elle se leva, comme d'habitude, sans accuser de souffrance; dans l'après-midi, elle eut quatre vomissements, et fut apportée à l'infirmerie. Au moment de la visite, qui se fit à cinq heures, elle accusáit un peu de céphalalgie et paraissait abattue; pouls de 70 à 80, médiocrement développé; langue naturelle, absence d'appétit, de soif, et de bruits anormaux dans la poitrine.

Le 23. Pendant la nuit, il y a eu des vomissements de matières muqueuses ainsi que des boissons; ce matin, la peau est chaude, sans être brûlante; pouls à 90, tache méningitique, légère coloration des joues, facies abattu, céphalalgie, cris fréquents. (Gomme sucrée; 4 sangsues à l'anus, sinapisme aux mollets; calomel 10 centigrammes et sucre, 2 grammes, en dix paquets, à prendre d'heure en heure.) On croit à une méningite tuberculeuse.

Le soir, le pouls est un peu moins rapide, cris fréquents, céphalalgie, abattement; l'enfant est tranquille dans son lit, mais elle pousse des cris dès qu'on veut l'asseoir pour ausculter la poitrine, où du reste il n'y a pas de bruits anormaux. — Sinapismes aux cuisses.

Le 24. 80 pulsations, intelligence nette; l'enfant indique elle-même sa tête comme siége de la douleur, elle se plaint de temps en temps; abattement, langue sale, haleine fétide; dilatation des pupilles, surtout de la gauche; absence de selles; on croit qu'il n'y a qu'un simple embarras gastrique. — Sirop d'ipéca 15 grammes, et poudre d'ipéca 50 centigr., calomel 10 centigr., et jalap 50 centigr., en douze paquets; sinapismes; limonade, bouillon.

Le 25. L'ipécacuanha a produit un seul vomissement, et il y a eu une selle. La journée d'hier a été assez tranquille; l'enfant ne criait que lorsqu'on la touchait. Ce matin, elle présente l'état suivant: abattement très-prononcé, 76 pulsations, dilatation considérable de la pupille gauche, absence de soif et d'appétit, fétidité de l'haleine, pas de paralysie, intégrité de la sensibilité; mais on a beau appeler la petite malade, elle ne répond rien; cependant elle entend, car elle donne sa main et montre sa langue quand on le lui demande; pas de bruits anormaux dans la poitrine, somnolence, mauvaise humeur, chaleur normale, engorgement des ganglions cervicaux; on constate de nouveau la tache méningitique, et l'on croit à une inflammation tuberculeuse de la pie-mère. — Limonade; calomel 10 centigr., et jalap 50 centigr., en dix paquets; lavement purgatif avec séné 8 grammes, et manne 30 grammes; frictions d'onguent napolitain sur le front et les tempes; 2 bouillons.

Le 26. L'assoupissement continue, joues très-colorées, sensibilité très-obtuse, accroissement de la dilatation des pupilles; la petite malade semble entendre, mais ne pas comprendre; tache méningitique très-apparente et persistant depuis trois minutes; on n'a pu la produire sur une malade voisine, atteinte de rougeole; il y a eu deux selles abondantes. — Calomel 30 centigr. en trois prises;

frictions d'onguent napolitain sur le front et les tempes ; un vésicatoire à chaque mollet.

Le 27. 112 pulsations, sans chaleur exagérée ; la face n'est plus aussicolorée qu'elle l'était hier ; il reste une légère coloration des pommettes, coma, décubitus sur le côté droit, conservation de la sensibilité et du mouvement, renversement de la tête en arrière, dilatation considérable des pupilles ; l'enfant pousse des cris quand on veut la remuer ; haleine fétide, gonflement des gencives, diarrhée verte, respiration suspirieuse. — Suppression des mercuriaux ; 2 bouillons ; vésicatoires qui avaient été oubliés hier.

Le 28. La petite malade a été peu sensible à l'action des vésicatoires ; coma, cris aigus et longs soupirs de temps en temps ; elle porte souvent la main à sa tête ; elle crie quand on la pince ; renversement de la tête en arrière ; dilatation très-marquée des pupilles, surtout de la gauche ; 100 pulsations, tache méningitique très-prononcée, absence de selles depuis hier matin. — Iodure de potassium 1 gramme, dans une potion gommeuse ; compresses d'eau fraîche sur la tête ; 2 bouillons.

Le 29. La fétidité de l'haleine persiste, ulcérations grisâtres sur la paroi buccale droite ; la petite malade pousse de temps en temps des cris, et porte souvent les mains à sa tête ; il n'y a pas eu de convulsions, il y a eu quelques selles ; la somnolence persiste, mais la sensibilité et le mouvement sont conservés. — Huile de ricin 8 gr. ; cautérisation avec le nitrate d'argent des ulcérations, sur lesquelles on appliquera de temps en temps du chlorure de chaux ; 2 bouillons.

Le 30. Même état, sauf que les cris ont été moins fréquents que la veille. — Même traitement.

Le 31. La petite malade a été un peu agitée, les cris plaintifs plus fréquents, et les intervalles marqués par l'assoupissement ; elle crie quand on la pince ; dilatation excessive des pupilles ; 180 pulsations, chaleur modérée de la peau, fétidité moindre de l'haleine, meilleur aspect des ulcérations buccales ; une selle hier matin, et depuis ce

moment il n'y a eu d'urines que ce matin ; déglutition plus difficile. — Huile de croton tiglium, demi-goutte; vésicatoire en forme de bandeau sur le front, chlorure de chaux sur les ulcérations.

Mort dans la soirée.

Autopsie le 2 avril, à neuf heures du matin. — Rien de remarquable dans l'aspect extérieur du petit cadavre.

La faux du cerveau présente une injection remarquable qui lui donne une couleur rouge violacée ; la dure-mère et la pie-mère qui recouvre la convexité du cerveau sont très-injectées. A la base, l'injection est la même. On y remarque de fausses membranes albumimineuses au niveau des pédoncules cérébraux et de la protubérance annulaire, sur le vermis supérieur du cervelet, au pourtour de la grande fente de Bichat. On trouve des granulations dans la pie-mère des scissures de Sylvius, mais elles sont plus nombreuses dans celle qui tapisse les lobes postérieurs. Les ventricules très-dilatés et la grande cavité de l'arachnoïde contiennent un bon verre de sérosité très-limpide. Le cerveau est légèrement injecté et d'une bonne consistance.

Au sommet du poumon droit, on trouve une petite caverne qui pourrait contenir une noisette, et sous la plèvre quelques granulations tuberculeuses. Les deux poumons ont une couleur rouge violacée, mais ils crépitent bien. Les ganglions bronchiques renferment des tubercules à l'état de crudité et de ramollissement. Rien d'anormal au cœur ni dans la cavité abdominale.

Cette observation pourrait être considérée comme une méningite tuberculeuse ou *granuleuse* des mieux caractérisées, comme un cas type si on y rencontrait le délire. La marche lente de la maladie, le peu d'intensité des symptômes, sont bien les caractères propres de cette affection.

Quoique constant et ordinairement très-marqué dans la méningite franche, le délire n'est cependant pas continuel. Dans les trois cas dont j'ai fait mention, les malades déliraient ordinairement quand

ils étaient seuls et abandonnés à eux-mêmes ; mais, dès qu'on leur parlait, et qu'on cherchait à fixer leur attention, leur intelligence paraissait revenue, et leurs réponses étaient ordinairement justes ; mais cessait-on de tenir leur attention éveillée, ils commençaient à divaguer. Leur délire était tantôt calme, tantôt agité. Deux se sont levés et se sont mis à courir dans la salle ; l'un d'eux croyait voir devant lui un de ses camarades avec lequel il se disputait. En un mot, le délire est très-varié, violent, suraigu, furieux ; tandis que dans la forme tuberculeuse il est ordinairement calme.

On pourrait rapprocher du délire les cris que les enfants poussent ; mais je crois que ceux que poussent de temps en temps les enfants atteints de méningite tuberculeuse sont provoqués par des exacerbations de douleur qui se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés, plutôt que par des désordres de l'intelligence. Dans la méningite franche, les cris sont plus violents, ils se font entendre au milieu de l'agitation, et peuvent être en même temps le résultat de la douleur et du délire ; dans la méningite tuberculeuse, au contraire, c'est quand l'enfant est tout à fait tranquille et qu'il paraît sommeiller, qu'il pousse, sans s'agiter, ces cris tout particuliers qui échappent automatiquement et semblent sortir de la tête : d'où le nom de cris *hydrencéphaliques*, ou mieux, comme le veulent MM. Rilliet et Barthez, *encéphaliques*. Je le répète, ces cris me semblent ne point dépendre du délire, et ils sont un signe précieux pour le diagnostic.

Coma, somnolence. La somnolence et le coma sont encore un signe qui ne manque pas de valeur. Très-rare au début de la méningite franche, dans laquelle il manque souvent, ce symptôme se montre ordinairement au commencement de la méningite tuberculeuse. Ainsi, dans cette dernière, les malades ordinairement calmes sont le plus souvent assoupis dès les premiers jours, et bientôt le coma se déclare. Dans la méningite franche, on ne voit presque jamais de somnolence, au commencement de l'affection, ou si elle

existe, elle est peu prononcée, comme je l'ai remarqué chez un de mes malades; les autres n'ont jamais eu de coma, même aux derniers moments.

On rencontre bien, dans les premiers temps de la méningite simple, de l'abattement, comme je l'ai vu chez tous mes malades, mais en même temps il y a sur le visage une expression de souffrance qui diffère entièrement du facies calme des enfants atteints de méningite tuberculeuse. Le coma et l'abolition de l'intelligence qu'on ne remarque qu'à la fin de la méningite franche peuvent disparaître dans la forme tuberculeuse après avoir duré quelques jours, comme on le verra dans l'observation suivante.

Observation II. — Leroux (Augustine), sept ans, constitution faible et délicate, est depuis longtemps d'une santé débile.

Le 17 août 1851, après avoir mangé et s'être promenée comme d'habitude, elle a été prise deux fois de vomissements dans la nuit.

Le 18. Comme on croyait n'avoir affaire qu'à une simple indigestion, on la laissa à la diète, et on lui donna pour toute boisson de l'eau sucrée. Dans l'après-midi, elle eut encore deux vomissements qui engagèrent à la transporter à l'infirmerie. Au moment de la visite, qui eut lieu à six heures, elle accusait un grand mal de tête, de la douleur dans le ventre et au creux de l'estomac; il y avait de l'abattement; les réponses étaient nettes, le ventre non ballonné et assez souple; il y avait eu une selle; le pouls était lent. On lui prescrivit des compresses d'eau froide sur la tête, un cataplasme sur le ventre, et des sinapismes aux cuisses. La nuit fut assez tranquille, seulement l'enfant poussait de temps en temps des cris.

Le 19 au matin, il y a beaucoup de stupeur; la face est pâle, les yeux sont à moitié fermés, les narines pulvérulentes. La petite malade est dans la somnolence : on a beau l'appeler, elle ne répond rien et ne paraît pas comprendre; elle remue beaucoup les bras et les jambes, et quand on les pince, elle les retire promptement, ouvre

les yeux, mais ne pousse aucun cri. Langue un peu sale, ventre non ballonné et assez souple; absence de vomissements et de selles; pouls lent et irrégulier. — 3 sangsues derrière chaque oreille; calomel 10 centigrammes en dix paquets; compresses d'eau froide sur la tête, sinapismes aux jambes; limonade.

Visite du soir. L'enfant n'a plus poussé de cris, mais elle a eu assez souvent des espèces de contorsions des bras et des jambes; la tête est renversée en arrière; la malade manifeste de la sensibilité quand on la pince, mais elle ne pousse aucun cri. On a beau l'appeler, elle ne répond rien et ne paraît pas même entendre. Absence de selles et de vomissements, pouls lent, chaleur normale de la peau. Le visage ordinairement pâle se colore subitement, de temps en temps, d'une teinte vermeille très-prononcée.

Le 20. L'enfant a été dans le coma toute la nuit; il n'y a eu ni vomissements ni selles; on ne l'a entendue pousser aucun cri. Ce matin le coma persiste. Au moment de la visite, il y a des convulsions du côté droit seulement : l'œil, les paupières, les muscles droits de la face ainsi que les membres du même côté, sont fortement agités; il s'écoule en même temps une salive abondante par la bouche; la convulsion dure environ cinq à six minutes. Il y en avait déjà eu une semblable, un quart d'heure auparavant. La sensibilité est obtuse surtout à droite, l'ouïe et la vue sont abolies, la bouche est entr'ouverte. La face, qui est pâle, rougit de temps en temps. Quand on pince les membres, la petite malade les remue; tache méningitique très-prononcée; disparition du renversement en arrière de la tête, râle trachéal.—Frictions d'onguent napolitain aux tempes, lavement purgatif.

Le 21. Hier il y a eu dans la journée trois ou quatre convulsions très-fortes ayant leur siége dans les membres des deux côtés, mais beaucoup plus fortes à droite, et durant environ dix minutes; une garde-robe naturelle dans l'après-midi, puis quelques selles vertes et glaireuses. Depuis le soir, légère amélioration et disparition des convulsions, facies meilleur. On assied la malade dans son

lit, elle paraît regarder et crie. Ni roideur ni résolution des membres, pommettes légèrement colorées, ni dilatation ni contraction des pupilles, sensibilité des deux côtés à un pincement même léger, absence de bruits anormaux à la partie postérieure de la poitrine; râles sibilants en avant tout du côté droit, gargouillement et sensibilité dans les fosses iliaques, tache méningitique peu marquée, 124 pulsations régulières, chaleur médiocre. La malade, pendant qu'on l'examine, retombe dans la somnolence. — Frictions d'onguent napolitain sur les tempes, vésicatoire aux jambes.

Le 22. Une selle hier et une cette nuit. Hier la petite malade a répondu aux questions qu'on lui adressait; elle n'a plus eu de convulsions ni de délire, et elle a été le plus souvent assoupie. Ce matin, son intelligence paraît beaucoup plus nette; elle peut s'asseoir et se tenir seule sur son séant. Langue humide et sale sur le milieu, râles sibilants et muqueux; ventre douloureux, non ballonné; quelques gargouillements, facies beaucoup meilleur, 116 pulsations régulières, peau modérément chaude. — Calomel 5 centigrammes, onguent napolitain sur les tempes.

Le 23. Hier l'enfant a été agitée, elle laisse aller sous elle les urines; absence de selles depuis hier matin; intelligence assez nette ce matin. La petite malade répond aux questions qu'on lui adresse; mais elle pousse souvent des gémissements, attire ses draps, remue souvent les jambes. Hier soir, il y a eu une espèce de convulsion. Langue humide, recouverte d'un enduit blanchâtre sur le milieu; ventre non ballonné, douloureux à la pression; pouls de 100 à 110, chaleur normale de la peau, facies un peu abattu, pommettes légèrement colorées. La malade peut s'asseoir seule dans son lit; mais pendant qu'on l'ausculte, elle pousse des cris qui empêchent d'entendre le murmure respiratoire, et elle demande de quoi coudre. Cependant elle est fort agitée, elle se plaint, se tourne tantôt sur un côté, tantôt sur un autre. — Calomel 5 centigram. en dix paquets, onguent napolitain sur les tempes.

Le 24. La malade a été assez tranquille hier, elle répondait assez

juste aux questions qu'on lui adressait. Le soir, à cinq heures, elle était assoupie au moment de la visite, elle a été tranquille et a assez bien dormi pendant la nuit ; deux selles hier dans la journée. Ce matin, on l'a nettoyée et pendant ce temps elle est restée fort calme. Au moment de la visite, elle est assoupie, mais elle s'éveille et fait des réponses assez justes quoique lentes ; elle accuse de la céphalalgie et de la douleur au ventre, qui est peu ballonné. On sent du gargouillement dans la fosse iliaque gauche, mais il dépend probablement d'un lavement administré ce matin et qui n'a pas encore été rendu ; facies sans expression, un peu pâle ; pommettes à peine colorées, quelques petits râles ronflants et sibilants dans la poitrine ; pouls de 90 à 100, peau d'une chaleur normale ; langue humide et propre, excepté à la base. — Calomel 5 centigrammes en 10 paquets.

Le 25. Depuis hier matin, la petite malade a été assez tranquille, mais elle est plus abattue, elle geint souvent ; carphologie fréquente, absence de selles et de vomissements, réponses affirmatives quand on lui demande si elle souffre dans une partie quelconque du corps, fétidité de l'haleine, langue humide et sale, ventre un peu ballonné et douloureux à la pression ; elle se plaint de souffrir à la tête. L'intelligence est plus obtuse et la sensibilité paraît exaltée ; la petite malade pousse des cris violents, au plus léger pincement ; dilatation normale des pupilles, râles muqueux et sous-crépitants très-abondants dans la poitrine ; pouls petit, à 120 environ ; peau médiocrement chaude. La petite malade mâchonne quelques paroles entre ses dents, pendant qu'on l'observe. — 1 goutte d'huile de croton.

Le 26. Hier, vers deux heures de l'après-midi, il y a eu une attaque de convulsions, pendant laquelle les membres étaient contracturés, le cou volumineux, les vaisseaux gonflés, la face tuméfiée, et le cou renversé en arrière. A cinq heures, elle était dans le coma ; il y avait du râle trachéal, qui s'entendait à distance et qui est plus fort ce matin. La nuit, elle est restée dans le même état ; l'huile de croton n'a produit aucune évacuation. Hier la malade a encore

parlé et elle voyait, car elle a cherché plusieurs fois à ôter le morceau de gaze qui la protégeait contre les mouches. Ce matin, les yeux sont entr'ouverts, un peu tournés en haut et ternes; les pupilles sont dilatées, surtout la droite; la sensibilité est abolie dans le côté gauche et obtuse dans le droit. Les membres gauches sont aussi en résolution; cependant, tandis qu'on l'examine, il se déclare une espèce d'attaque de convulsion, pendant laquelle les membres gauches se dressent et deviennent roides; ceux du côté droit sont souvent agités et un peu contracturés; tache méningitique peu apparente, le côté gauche est insensible et en complète résolution, pouls petit. On assied la petite malade sur son séant et elle pousse quelques soupirs; râles muqueux et sous-crépitants dans la poitrine, tête un peu portée en arrière. — Tisane de mauve.

Mort à deux heures du soir.

Autopsie. — La dure-mère présente une teinte violacée; les sinus renferment de gros caillots de sang noir; la pie-mère est légèrement injectée, surtout sur les lobes postérieurs; la cavité de l'arachnoïde contient une quantité considérable de sérosité peu louche, qui peut être évaluée à un demi-verre ou trois quarts de verre: le tissu sous-arachnoïdien et les mailles de la pie-mère sont infiltrés de sérosité qui leur donne un aspect gélatiniforme à la convexité. A la base, on rencontre les mêmes lésions plus prononcées, formant des espèces de fausses membranes. Une fausse membrane très-épaisse, jaune verdâtre, existe à l'extrémité supérieure du cervelet, derrière la grande fente cérébrale. En enlevant avec beaucoup de précaution la substance cérébrale de dessus la pie-mère, on découvre des tubercules très-petits et rares au niveau des scissures de Sylvius et à la base du cerveau. Les ventricules sont un peu dilatés et ne renferment que peu de sérosité, qui, du reste, a dû s'écouler quand on a enlevé le cerveau. La substance cérébrale est d'une bonne consistance et ne présente pas d'injection anormale.

Les ganglions bronchiques sont très-volumineux, l'un d'eux est plus gros qu'un œuf de pigeon; ils sont en général durs et farcis de

tubercules crus, quelques-uns sont ramollis. Le sommet du poumon gauche contient une dizaine de tubercules crus, gros comme une tête d'épingle ; l'un d'eux a le volume de la moitié d'un petit pois. Les lobes inférieurs sont hépatisés. Rien d'anormal dans les organes de la cavité abdominale.

Lésions de la motilité. Les symptômes les plus importants parmi les troubles de la motilité sont les convulsions, puis viennent les contractures et la carphologie. Les convulsions marquent le début de la méningite franche chez les enfants du premier âge. Ainsi, chez six enfants âgés de quatre mois à deux ans, dit M. Rilliet, les convulsions ont eu lieu trois fois au début, deux fois à une époque plus éloignée, une seule fois six jours avant la mort (huitième de la maladie) ; mais, chez les enfants plus âgés, elles surviennent plus tard, et manquent même, suivant M. Rilliet, dans la moitié des cas. Dans la méningite tuberculeuse, on ne rencontre les convulsions au début que dans les cas où le cerveau est le siége de tubercules. Dans les trois cas de méningite simple que j'ai observés, j'ai noté des convulsions dans les muscles de la face, tels que froncement des sourcils, mouvements spasmodiques des muscles élévateurs de la paupière supérieure. Je n'ai point observé ce phénomène dans mes quatre cas de méningite tuberculeuse, quoique j'aie été à même de remarquer les convulsions des membres dans cette forme. De même que les désordres de l'intelligence, les convulsions surviennent dans les premiers temps de la méningite franche, tandis que dans la forme tuberculeuse, elles ne se manifestent ordinairement qu'au bout de plusieurs jours. Elles sont souvent le seul signe qui puisse faire soupçonner et reconnaître la méningite chez les enfants âgés seulement de quelques jours ou au plus de quelques mois, comme je l'ai vu chez deux petits enfants qui n'avaient présenté aucun autre phénomène et dont la maladie ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Je n'ai point rapporté ces deux observations, et je ne les ai pas fait entrer en

ligne de compte, parce qu'il n'y avait pas eu de symptômes assez tranchés.

Un symptôme qu'on rencontre assez souvent et que j'ai noté dans toutes mes observations, c'est la contracture des muscles de la région postérieure du cou et de la colonne vertébrale, avec renversement de la tête en arrière. Quand on voulait asseoir ou retourner les malades dans leur lit, on était obligé de les mouvoir tout d'une pièce, et ces mouvements provoquaient ordinairement de la douleur et des cris. J'ai aussi observé la contracture des mâchoires et des membres, phénomènes qui dépendaient probablement de la méningite rachidienne qui existait en même temps.

La carphologie est un autre symptôme qui se remarque assez souvent; mais, comme les autres signes tirés de la motilité, elle n'a que peu d'importance pour distinguer les deux formes de méningite, quoique je l'aie plus souvent et constamment observée dans des cas de méningite franche.

Il en est de même de la paralysie, qui manque très-souvent et qui est rarement complète. En général, on n'observe qu'une simple résolution; d'autres fois, la paralysie est tout à fait partielle. Ainsi, chez un de mes malades, les membres du côté gauche étaient en même temps moins sensibles et avaient des mouvements moins étendus.

La sensibilité générale ne fournit pas non plus de signes différentiels importants. Elle est rarement exaltée dans la méningite tuberculeuse, beaucoup plus fréquemment elle devient obtuse à des degrés différents. Dans la méningite franche, je l'ai vue exaltée, mais on note plus souvent un affaiblissement. Dans l'observation suivante, on verra qu'elle a toujours été exaltée, même à la période ultime, quand l'intelligence était complétement abolie.

Observation III. — Thierry (Antoine), âgé de onze ans, doué d'une bonne constitution, vacciné, et ayant eu la rougeole au mois de novembre 1850, jouissait habituellement d'une bonne santé,

quand, le 30 mars 1851 au matin, il est pris subitement de céphalalgie et de vomissements, suivis d'une syncope qui empêche de l'apporter sur-le-champ à l'infirmerie; une garde-robe naturelle avait eu lieu dans la matinée. Quand il fut mieux, on l'apporta à l'infirmerie. Le soir, à l'heure de la visite, il ne se plaignait que d'un peu de céphalalgie; mais les vomissements se renouvelèrent dans la soirée, et la nuit fut très-agitée par le délire. Le malade demandait souvent à aller à la garde-robe, et cependant il n'eut qu'une selle.

Le 31. Le visage est pâle et exprime la souffrance. Le malade accuse de la douleur à la tête et au ventre, où il s'est plaint de souffrir toute la nuit. L'intelligence est nette, la vue et l'ouïe sont intactes. Il ne peut parvenir à s'asseoir tout seul, et aussitôt qu'il est assis il se plaint d'un violent mal de tête et de ventre. La tête est légèrement renversée en arrière, et quand on lui imprime des mouvements latéraux, la céphalalgie est accrue. La sensibilité générale est exaltée; la force paraît également conservée dans les deux bras. Langue sale; tuméfaction des gencives, qui sont revêtues d'un petit liséré blanc; inappétence, soif modérée. Le malade se plaint de vomir chaque fois qu'il boit. Douleur très-vive à la région épigastrique et dans le flanc gauche, ventre peu sonore, absence de bruits anormaux au cœur et dans les poumons, 124 pulsations. La tache méningitique se développe vite et persiste longtemps. Le malade demande qu'on le laisse tranquille et qu'on cesse de l'interroger; pendant qu'on l'observe, son visage rougit subitement, puis redevient pâle. — Eau de Seltz et glace, compresses d'eau fraîche sur le front; calomel 10 centigrammes en 10 paquets; fomentations de baume tranquille sur le ventre.

Le soir, à quatre heures, à la visite, le malade est très-agité, quoique son intelligence paraisse nette: tantôt il porte la main à sa tête, tantôt il attire, puis repousse son drap; il se tourne tantôt sur un côté, tantôt sur un autre, ou bien demeure quelques instants dans le décubitus dorsal. Dans la journée, pendant qu'il était

tourné vers la muraille, on l'a souvent entendu parler, comme s'il se fût adressé à ses camarades, qu'il paraissait voir devant lui. Mouvements convulsifs de la face, qui paraissent se passer seulement dans les muscles qui élèvent la lèvre supérieure et qui agissent sur les ailes du nez. De temps en temps, il y a froncement des sourcils et du front, et de fréquents mouvements dans les jambes. Visage rouge, œil animé, pupilles dilatées. Le malade parle de temps en temps seul; mais, dès qu'on l'interroge, il répond immédiatement, et si on lui demande pourquoi il s'agite, il répond que c'est parce qu'il a mal à la tête. — Sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 1er avril. Les piqûres de sangsues ont donné beaucoup de sang. Ce matin, le malade accuse de la douleur à la tête; la sensibilité générale est exaltée, l'ouïe et la vue sont intactes. Pendant qu'on est près du lit, le visage, du reste déjà vermeil, devient tout à coup très-rouge, pour reprendre aussitôt sa couleur habituelle. Il s'est levé cette nuit et s'est mis à courir dans la salle. On l'a encore entendu crier, comme s'il se fût disputé avec ses camarades. Ce matin, il dit avoir des soldats dans le ventre. Quand on lui demande de se tourner dans son lit, il se meut tout d'une pièce. Roideur considérable du cou. Il serre avec moins de force de ses deux mains, mais il remue bien les bras et les jambes. Le froncement du front et des sourcils, ainsi que les mouvements convulsifs des muscles de la face, sont moins marqués, et le visage est aussi moins altéré qu'hier soir. Râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse droite, où il y a aussi moins de son; langue sale, soif vive. Quoique le malade demande à manger, il est certain que c'est un effet du délire, et non par appétit. Absence de vomissement, deux selles depuis hier matin, 88 pulsations. — Eau de Seltz et glace, calomel 10 centigrammes en 10 paquets; glace sur la tête, sinapismes; diète.

Le soir, l'intelligence est moins nette, il y a moins d'agitation; carphologie, haleine fétide.

Le 2. Agitation moindre, délire tranquille, intelligence moins

nette : il faut lui dire plusieurs fois de montrer sa langue avant qu'il ne la tire de la bouche ; on a beau lui demander où il souffre, il ne répond rien ; mais, si on le remue, il crie. La sensibilité est exagérée. Quand on le pince aux membres gauches, qui paraissent paralysés, il remue vivement le bras droit. Carphologie, roideur considérable du cou, dilatation normale et mobilité des pupilles, fétidité de l'haleine, gencives gonflées et saignantes, légère tuméfaction de la langue ; soif presque nulle, puisqu'il n'a pas bu plus de deux verres d'eau de Seltz depuis hier matin ; absence de vomissements, une selle. Le malade gâte sous lui. 128 puls., chaleur modérée. — Eau de Seltz ; collutoire avec le borax, chlorure de chaux pour toucher les gencives ; limonade purgat., glace sur la tête.

Le 3. Délire tranquille, carphologie. Le malade ne semble pas comprendre quand on lui parle ; la sensibilité est toujours exaltée. Quand on l'assied pour l'ausculter, il pousse des cris assez forts ; il en est de même quand on le percute. Les yeux sont à moitié fermés, et les cornées cachées sous les paupières supérieures, les pupilles dilatées et mobiles, roideur du cou, inclinaison de la tête à droite, gonflement des gencives, fétidité de l'haleine, plusieurs selles liquides ; pas de bruits anormaux de la partie postérieure de la poitrine, râles ronflants en avant ; 148 pulsations, petites, irrégulières. —Collutoire avec le borax, glace sur la tête, vésicatoire aux mollets.

Le soir, le malade est dans le même état, et il succombe le lendemain matin, 4 avril, à deux heures.

Autopsie le 5 avril, trente et une heures après la mort.— La dure-mère est d'un rouge violacé, la pie-mère présente une injection considérable, la cavité arachnoïdienne ne renferme qu'une très-faible quantité de sérosité. Sur chaque lobe antérieur du cerveau, on aperçoit deux foyers purulents, de 3 centimètres de largeur environ ; au niveau des fosses temporales, on en rencontre deux autres au moins aussi étendues. A la base, dans l'hexagone limité par les pédoncules cérébraux et les nerfs optiques, se trouve une masse de pus

recouverte de fausses membranes verdâtres et ayant un aspect albumineux ; du pus se trouve infiltré entre la pie-mère et l'arachnoïde, à la face inférieure du cervelet et à la partie supérieure de son lobe moyen, où il a une apparence gélatineuse. La scissure gauche de Sylvius en renferme aussi une très-notable quantité. Les ventricules contiennent un peu de sérosité limpide.

La substance cérébrale est d'une bonne consistance ; les couches corticales sont légèrement injectées, tandis que la substance blanche présente à l'incision un piqueté rouge abondant.

La dure-mère rachidienne, dans toute son étendue, et la pie-mère, depuis la protubérance jusqu'à la partie inférieure du renflement cervical, présentent une injection très-remarquable. A partir du renflement cervical jusqu'à la queue de cheval inclusivement, la pie-mère et la moelle sont entourées par une épaisse couche de pus bien lié, et dont la surface forme une fausse membrane qui le retient autour de la moelle ; ce pus est beaucoup plus abondant à la région lombaire, où il forme un gros renflement.

Les deux plèvres sont dans quelques points le siége de fausses membranes anciennes, et de quelques autres de date récente. La base du poumon droit est hépatisée ; on ne rencontre des tubercules nulle part dans la poitrine, aucune lésion dans la cavité abdominale.

Organes des sens. Les organes des sens ne nous fournissent aucun signe distinctif. La contraction des pupilles, au début et à une époque plus ou moins éloignée, leur dilatation, indiquées par tous les auteurs comme symptômes de l'inflammation des méninges, se trouvent aussi bien dans une forme que dans l'autre. On a dit qu'au début, pendant la période d'excitation, la pupille était contractée, et que quand le coma était arrivé, il y avait dilatation. Dans aucune de mes observations, je n'ai trouvé la contraction de la pupille; je l'ai, au contraire, rencontrée dilatée inégalement et à différents degrés, à toutes les périodes, même le second jour d'une méningite

simple. La crainte du bruit et de la lumière existe quelquefois au début de l'une et de l'autre forme; il en est de même du strabisme, des convulsions du globe oculaire, de l'obtusion ou de la perte complète de la vue, de l'ouïe ou des autres sens, qui surviennent à une époque rapprochée de la mort.

Facies. Je pense que l'examen du visage peut être d'un certain secours pour arriver à établir une division. Au début de la méningite franche, dit M. Rilliet, le facies est animé, coloré, puis tantôt pâle, tantôt rouge; ensuite le facies est hagard, grimaçant, exprimant à un haut degré l'anxiété et l'agitation, ou bien hébété et stupide; le regard est fixe par moments, et peu d'instants après, l'expression devient celle de l'égarement. Telle est l'image fidèle du facies qu'ont présenté mes trois jeunes malades. Cependant je dois faire remarquer que je n'ai rencontré chez aucun le facies animé et coloré dès le premier jour; au contraire, je trouve sur mes feuilles d'observations que, le premier jour, le visage était pâle et exprimait la souffrance. J'ai aussi noté un phénomène qui appartient à la forme tuberculeuse, et qui est important pour distinguer l'inflammation des méninges d'une autre affection; je veux parler des colorations subites et passagères du visage. Sur ce seul signe, j'ai vu M. Roger, qui a une grande habitude des maladies de l'enfance, affirmer qu'il y avait méningite. Au lieu de cette espèce d'anxiété et d'agitation, le visage de l'enfant atteint de méningite tuberculeuse exprime ordinairement, au début, le calme ou du moins un malaise peu prononcé. Si l'on considère cet enfant dans son lit, on le voit tranquille, ordinairement dans le décubitus dorsal, ne faisant aucun mouvement; son regard exprime l'indifférence, la paupière n'est soulevée qu'à moitié; quand le globe oculaire se meut dans un sens, il se dirige lentement. Le visage est pâle, couleur de cire; les pommettes légèrement colorées; on n'y distingue aucun trait, aucune ride; à peine croirait-on voir un enfant malade. Telle était la petite fille dont

j'ai observé la maladie à l'hôpital Necker, dans le service de M. Natalis Guillot.

Observation IV.—Bougy (Joséphine), âgée de quinze mois, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution chétive, est entrée à l'hôpital Necker le 4 juin 1852. Cette enfant appartient à des parents pauvres, logeant dans une chambre obscure, et ayant déjà perdu un autre enfant atteint de fièvre cérébrale. Depuis huit jours au moins, cette enfant était malade quand on l'a apportée à l'hôpital. Ne paraissant pas souffrir beaucoup, elle était le plus souvent assoupie, poussant de temps en temps de petits cris pendant son sommeil. On remarquait aussi assez souvent de petites convulsions dans les membres et dans les yeux. Il y avait de la constipation et des vomissements dès le premier jour. Du reste, l'enfant avait continué de prendre des aliments, quoiqu'elle mangeât moins que d'habitude.

Entrée le 4 juin à l'hôpital Necker, à l'heure de la consultation, et examinée avec soin à la visite du soir, elle présente l'état suivant: Enfant faible, maigre sans être réduite au marasme; face pâle, excepté les pommettes qui sont légèrement colorées; elle garde le décubitus dorsal, et n'a nullement l'air de souffrir. Il y a de temps en temps de petits mouvements convulsifs dans les globes oculaires; peau légèrement chaude, pouls à 100 environ, constipation, petite toux assez fréquente et durant depuis plusieurs semaines, expiration soufflante et prolongée au sommet du poumon gauche et au niveau des divisions bronchiques. La tache méningitique se développe très-vite et est très-apparente. — Lavement simple.

Le 15. L'enfant a eu une selle à la suite du lavement; elle a été tranquille pendant la nuit, et paraît à peine malade ce matin. — Une semoule.

Le 16. L'enfant est toujours dans le même état; elle ne pousse plus de cris pendant son sommeil, qui est presque continuel; la face est un peu plus colorée, et il n'y a plus de convulsions; elle a

mangé une semoule sans avoir de vomissement ; peau plus chaude, pouls plus fréquent. — Même alimentation, sans autre traitement.

Le 17 et le 18, même état.

Mort le 18, à trois heures du soir.

Autopsie le 19 avril, au soir. — A la base du cerveau, matière albumineuse et purulente assez abondante et se prolongeant dans les scissures de Sylvius, qu'elle fait adhérer assez fortement. Granulations tuberculeuses assez nombreuses entre la pie-mère et l'arachnoïde, à la base du cerveau et sur les faces latérales des hémisphères, principalement sur le trajet des vaisseaux qui se prolongent dans les scissures de Sylvius; sérosité assez abondante dans les ventricules et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Tubercules nombreux dans le sommet du poumon gauche, dont le tissu paraît enflammé; ganglions bronchiques considérablement tuméfiés et remplis de tubercules crus; enfin la surface du foie et de la rate est couverte de tubercules.

Symptômes indirects.

Circulation. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la fréquence du pouls. Robert Whitt prétend qu'au début de la méningite tuberculeuse il bat 130, 140, 160 fois par minute. M. Green trouve ce chiffre beaucoup trop fort. « On s'accorde généralement assez aujourd'hui, disent les auteurs du *Compendium de médecine,* à considérer le pouls comme offrant des variations très-grandes, et ne pouvant servir de base à aucune division. » Suivant MM. Rilliet et Barthez, le pouls est médiocrement accéléré au début; il est irrégulier, avec ou sans ralentissement à la période moyenne; il est très-accéléré et petit la veille, le jour même de la mort, rarement quelques jours avant.

Dans trois des observations qu'il m'a été donné de recueillir, je n'ai point trouvé d'accélération du pouls au début; au contraire, il y avait plutôt ralentissement : ainsi, chez une petite fille de deux

ans, il y avait, le deuxième et le troisième jour, 60 pulsations, et le quatrième, 64. Cette enfant, qui fut reprise par ses parents le soir du quatrième jour, présentait tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse, que M. Roger avait diagnostiquée. Je n'ai pu avoir la suite de l'observation.

Dans un autre cas, il y avait, les trois premiers jours, environ 80 pulsations, le sixième 112, et 180 le dixième, jour de la mort.

« Dans la méningite franche, selon M. Rilliet, la fièvre existe dès le début; elle est assez forte, le pouls est fréquent, et la chaleur vive; en général, le mouvement fébrile dure jusqu'à la fin, quoiqu'il puisse présenter des intermittences. » Dans mes trois observations, le pouls s'est montré un peu accéléré au début, même beaucoup une fois. Il faut noter que le plus jeune de ces enfants était déjà âgé de dix ans, et que par conséquent, à cet âge, le pouls se rapproche de celui des adultes. Chez l'un, il y avait, le deuxième jour, 84 pulsations et 41° centigr. de chaleur dans l'aisselle; le troisième et le quatrième jour, qui fut celui de la mort, le pouls monta à 104. Chez le second, le pouls atteignit 124 dès le deuxième jour, retomba à 88 le troisième, pour revenir à 128 le quatrième, et à 148 le cinquième, jour de la terminaison fatale. Enfin notre troisième malade, âgé de dix ans, avait, le deuxième jour, 84 pulsations, le quatrième, 100, et le cinquième, 128.

Comme la maladie dura quarante jours, il y eut de grandes variations. Le quatorzième jour, il n'y avait que 96 pulsations; le lendemain, 120, et le seizième jour, 96; le quarantième jour, 144. A l'accélération du pouls au début de la méningite franche, se joint ordinairement la chaleur de la peau, qui n'est pas aussi marquée dans la forme tuberculeuse. Ce double caractère du mouvement fébrile, quoique n'étant pas très-prononcé en général, peut servir à différencier au début les deux espèces de méningites.

Deux caractères communs à l'une et à l'autre forme sont l'accélération du pouls à l'approche de la mort et son irrégularité dans toutes les périodes; en voici un cas très-remarquable.

Observation V. — Poulonnais (Jean-Baptiste), âgé de treize ans, d'une constitution assez développée, vacciné, a eu une légère épistaxis le 12 mars 1851; du reste, il ne se trouvait nullement malade. Le 13, il déjeune comme d'habitude le matin, et ne souffre nulle part; à midi, il est atteint de mal tête, d'accablement, et a deux vomissements; le soir, il vomit une troisième fois, mais la nuit est assez bonne. Le 14, on l'apporte à l'infirmerie un peu avant l'heure de la visite. Le malade se plaint d'une grande céphalalgie, a de la tendance à l'assoupissement; il est dans une grande prostration, il n'a pas la force de s'asseoir seul dans son lit; du reste, les réponses sont justes. Pouls très-irrégulier; compté quatre fois de suite, il donne, la première, 80; la deuxième, 72; la troisième, 88, et la quatrième, 76. Langue sale, un peu sèche et légèrement visqueuse; une selle dure et abondante ce matin, léger ballonnement du ventre, absence de gargouillement, toux de temps en temps et absence de bruits anormaux dans la poitrine; le thermomètre centigrade, placé dans l'aisselle, marque 41° au bout de quelques minutes. — Limonade, eau de Seltz, un verre d'eau de Sedlitz, cataplasme frais sur le ventre, sinapismes aux mollets; diète.

Le 15. Le malade a vomi, immédiatement après les avoir prises, l'eau de Sedlitz et les boissons; absence de selles, langue blanche et un peu collante, dents encroûtées au niveau du collet, ventre légèrement ballonné, absence de gargouillement, douleur dans la fosse iliaque droite à la pression, céphalalgie aussi intense que la veille, réponses juste; il ne paraît pas y avoir de délire, quoique le malade se soit levé plusieurs fois dans la nuit; il dit que c'était pour aller à la selle, mais qu'il ne pouvait rien évacuer. Rien d'anormal dans l'organe de la vision; de temps en temps, il y a de légers froncements des sourcils, prostration, difficulté à s'asseoir, et quand le malade est sur son séant, il chancelle; peau légèrement moite, 104 pulsations, absence de bruits anormaux au cœur et dans la poitrine. — Limonade, eau de Seltz, calomel, 10 centigr., et sucre, 2 grammes en douze paquets; sinapismes, cataplasmes.

Le soir, la figure est rouge; le malade parle beaucoup, et se plaint de souffrir à la tête et dans les jambes.

Le 16. La nuit a été agitée par du délire, qui s'est renouvelé ce matin; cependant le malade fait des réponses justes aux questions qu'on lui adresse, mais il divague et parle beaucoup dès qu'on cesse de fixer son attention; il se plaint beaucoup de la douleur produite par les sinapismes, il voit et distingue bien tous les objets, il a de la peine à s'asseoir et à se tenir sur son séant; il y a une céphalalgie très-intense, qui est augmentée par le mouvement; on détermine aussi de la douleur en appliquant la main sur l'occiput; légère roideur du cou et du tronc, inclinaison de la tête à gauche, froncement des sourcils, œil gauche moins ouvert que le droit, contraction plus prononcée de tout le côté gauche de la face, 104 pulsations. Le malade se plaint d'avoir froid, a des frissons fréquents, et demande qu'on le couvre, quoiqu'il soit en sueur; langue sèche, nausées, deux vomissements hier, une selle ce matin à la suite d'un lavement; toux rare, sans expectoration. — Lavement purgatif avec miel de mercurial, 60 grammes; puis lavement avec racines de guimauve, 100 grammes; camphre, 1 gramme, et jaune d'œuf n° 1.

Le soir. Toute la journée le malade a été très-agité : peu de temps après la visite du matin, il s'est levé, dit-il, pour faire son lit; on l'a recouché et il s'est laissé assez aisément appliquer des ventouses dans la fosse sous-épineuse droite, où l'on avait entendu du râle crépitant. Quand le lavement purgatif a été rendu, on a administré le lavement camphré vers les quatre heures. A cinq heures, le malade délirait sur tous les objets et était très-agité, en sorte qu'il a fallu lui mettre la camisole. La nuit il y a eu un délire très-agité, et le malade est mort le 17, à six heures du matin.

Autopsie le 18, à neuf heures du matin. — La dure-mère est injectée, la cavité arachnoïdienne ne contient pas de pus à la convexité; mais, en enlevant le cerveau, on en trouve une quantité assez considérable dans les fosses occipitales. La pie-mère présente une injection très-forte. A la surface convexe des lobes cérébraux, on

aperçoit dans plusieurs points des foyers purulents qui siégent entre la pie-mère et l'arachnoïde, et qu'on fait aisément cheminer par la pression du doigt; mais c'est surtout à la base que la matière purulente est de beaucoup la plus abondante. Les ventricules contiennent une assez grande quantité de sérosité légèrement louche et roussâtre; leur plancher inférieur contient un peu de pus. La substance cérébrale est d'une bonne consistance, et à la coupe il suinte des gouttelettes de sang plus abondantes que dans l'état normal.

La dure-mère et la pie-mère rachidiennes sont fortement injectées, et la cavité de l'arachnoïde contient une grande quantité de pus, dont une partie s'écoule au niveau de la région lombaire, où la dure-mère a été coupée par mégarde, au moment où l'on enlevait les lames des vertèbres. La moelle épinière est entourée dans toute son étendue par une épaisse couche de pus passé presque à l'état de fausse membrane; les nerfs de la queue de cheval baignent dans le pus.

Le poumon droit est le siége d'un léger engouement au niveau du tiers moyen avec le tiers supérieur; les autres organes ne présentent pas d'altérations

A la circulation, je rapporterai un signe indiqué, dans ces derniers temps, par M. Trousseau, et que ce professeur a désigné sous le nom de *tache méningitique.* Voici les caractères de cette tache: si vous passez légèrement votre ongle sur la peau du thorax ou de l'abdomen, par exemple, vous obtenez presque aussitôt, à la place où votre doigt a passé et un peu au delà, une traînée d'un rouge vif, diffuse, qui reste pendant quelques minutes à l'état de ruban écarlate, tranchant sur la peau blanche rosée qui est à côté, et se dissipe ensuite peu à peu. Ce signe n'a jamais manqué chez les malades soumis à mon observation, et quoiqu'on le retrouve dans d'autres maladies, comme la pneumonie, il a, réuni aux autres, une certaine importance pour diagnostiquer une méningite. Cette tache ne se produit pas dans l'état de santé, et je ne l'ai jamais vue se manifester dans la rougeole, la scarlatine ni la variole; mais, comme

on peut la développer dans les deux formes de méningite, elle ne peut servir à les distinguer.

Respiration. La respiration ne peut nous donner aucun moyen de reconnaître une forme de l'autre. Dans toutes deux, on la trouve très-irrégulière; les inspirations varient de nombre d'un jour à l'autre; elles sont inégales, suspirieuses. Quelquefois la respiration reste très-longtemps suspendue; M. Trousseau a vu un cas dans lequel le mouvement respiratoire s'est arrêté pendant cinquante-sept secondes.

Fonctions digestives. Quand il s'agit de distinguer la méningite d'une autre affection, les troubles observés dans la digestion, réunis aux autres symptômes, peuvent être d'un grand secours; mais ils sont loin d'avoir la même importance, si l'on veut distinguer l'une de l'autre les deux formes de cette maladie. Quelquefois seulement diminué au début de la méningite tuberculeuse, l'appétit est ordinairement perdu, dès le commencement, dans les deux formes, dans lesquelles la soif aussi est peu intense. Chez tous mes malades, j'ai noté la langue un peu blanche dès le premier ou le deuxième jour, quelle que fût l'espèce de méningite, excepté chez une enfant tuberculeuse, âgée de deux ans, qui l'avait propre et humide. J'ai remarqué cependant que dans les cas de méningite franche, elle était plus sèche, plus visqueuse, offrant plus les caractères de la langue des individus atteints d'affections aiguës. Il en était de même de l'état croûteux des dents. Quant à la fétidité de l'haleine et au gonflement des gencives, qui ont apparu le troisième ou le quatrième jour, ils dépendent bien probablement du traitement mercuriel. Dans les derniers temps, la déglutition devient quelquefois difficile.

Le premier symptôme qui se manifeste en même temps ou très-peu de temps après la céphalalgie, ce sont les vomissements, qui ont ordinairement lieu le premier, le deuxième ou le troisième jour, rarement plus tard. Dans les 7 observations que j'ai recueillies, ils

ont existé dès le premier jour et ont cessé le troisième ; il faut excepter le malade qui a vécu quarante jours et qui a de nouveau vomi dans les derniers temps de sa maladie. Leur matière est variable : tantôt les enfants rejettent les aliments et les boissons qu'ils viennent de prendre, tantôt les vomissements sont purement bilieux. D'ordinaire il n'y en a que deux ou trois par jour dans la forme tuberculeuse ; dans la méningite franche, ils sont fréquents, abondants et bilieux. M. Piet a ainsi résumé la valeur des vomissements dans la méningite tuberculeuse : « Si, chez un enfant vacciné ou qui a eu la petite vérole, chez un enfant qui digère bien et n'a pas de bronchite ou de coqueluche, il survient des vomissements simples ou bilieux, accompagnés ou précédés de céphalalgie plus ou moins ancienne, il y a tout lieu de craindre l'invasion d'une méningite aiguë, surtout si le sujet est tuberculeux. »

Remplaçons la dernière proposition de M. Piet par celle-ci : Chez un enfant bien constitué, non tuberculeux, et chez lequel il se développe de la fièvre, etc., l'on pourra dire : il y a tout lieu de craindre l'invasion d'une méningite franche.

Unie aux vomissements, la constipation a une grande valeur diagnostique dans la méningite en général. Très-fréquente dans la méningite franche, elle n'est cependant pas aussi constante, surtout chez les jeunes enfants, ni aussi opiniâtre que dans la forme tuberculeuse ; néanmoins elle n'est pas constante.

On a aussi noté la rétraction du ventre, mais ce phénomène ne survient qu'à une époque un peu avancée de la maladie ; car j'ai noté au début un léger ballonnement, quelquefois de la douleur dans la fosse iliaque droite ; j'ai aussi rencontré quelques taches rosées les deux premiers jours. Cè phénomène avait déjà été signalé, dans le courant de l'année dernière, par M. Vigla, qui en a observé deux cas chez des adultes atteints de méningite, et qu'il a rapportés dans la *Gazette des hôpitaux*.

MARCHE, DURÉE.

Si, parmi les symptômes que je viens de passer en revue, il en est quelques-uns qui ont une grande valeur pour arriver au diagnostic différentiel des deux espèces de méningites, la marche et la durée de ces deux affections ne sont pas moins importantes à considérer pour les distinguer l'une de l'autre. C'est surtout en examinant la marche que suivent les divers symptômes de la méningite franche, qu'on peut la distinguer de la forme tuberculeuse. En effet, nous voyons la première débuter tout à coup, atteindre inopinément les enfants au milieu de la plus florissante santé, offrir, dès le premier jour, dans tous ses symptômes, une acuité qui va toujours croissant et ne présente que rarement quelques rémissions. Elle se montre sous deux formes, la forme convulsive, la plus commune chez les jeunes enfants, qui est caractérisée principalement par des convulsions violentes et prolongées, plus souvent générales que partielles, mais qui n'exclut point les désordres de l'intelligence. L'autre forme, qui est celle qu'on rencontre dans la seconde enfance, a beaucoup plus d'analogie que la précédente avec la méningite franche de l'adulte; elle débute le plus souvent par un mouvement fébrile assez intense, qui est suivi, au bout de peu de temps, de délire ordinairement bruyant. Ainsi, quelle que soit la forme de la méningite franche, elle a tous les caractères et la marche d'une affection aiguë ou suraiguë. La méningite tuberculeuse, au contraire, offre tous les symptômes d'une maladie subaiguë ou même chronique; phénomènes initiaux à peine sensibles, nullement de nature à faire soupçonner une affection grave; aggravation des symptômes insensible.

La première, comme toutes les affections aiguës, se termine en quelques jours; l'autre a toujours une durée beaucoup plus longue. Cependant j'ai observé un cas de méningite franche qui a été très-remarquable par sa durée très-longue, et qui mérite d'être rapporté ici.

Observation VI. — Sombret, garçon, âgé de dix ans, d'une bonne constitution, est pris de vomissements et de céphalalgie le 23 mai au matin. A dix heures, il est apporté à l'infirmerie, se plaignant seulement de céphalalgie, ayant le pouls peu fréquent et la peau modérément chaude. — Eau de Seltz pour boisson; compresses d'eau froide sur le front, sinapismes aux mollets, lavement purgatif.

Dans la journée, le délire se déclare et continue pendant la nuit, ainsi que les vomissements.

Le 24. 84 pulsations; face pâle, se colorant de temps en temps et pâlissant immédiatement après; pupilles peu dilatées, céphalalgie frontale; réponses lentes, mais justes; langue sale, inappétence, pas de soif, pas de ballonnement du ventre, sur lequel on remarque quelques taches rosées; constipation. Pendant qu'on parle près du lit du malade, il paraît s'endormir. — 6 sangsues aux apophyses mastoïdes; calomel, 30 centigr. en quatre prises.

Le 25. Hier, délire continuel, mais tranquille; pas de convulsions. Le soir il y avait de la tendance à la somnolence; la nuit il y a encore eu du délire, mais moins que la précédente. Ce matin, le malade est tranquille, son facies exprime le calme; il sourit quelquefois et accuse de la douleur à la région frontale. Ses réponses sont justes, mais dès qu'on cesse de fixer son attention, il divague. Contracture des muscles postérieurs du cou et du tronc, cris quand on veut l'asseoir ou lui fléchir le cou; visage vermeil, pupilles non dilatées; langue recouverte d'un léger enduit blanchâtre, avec tendance à la sécheresse. Depuis hier matin, il y a eu de nombreux vomissements, et une selle à la suite d'un lavement. Léger météorisme du ventre, gargouillement dans la fosse iliaque droite, quelques taches lenticulaires rosées sur l'abdomen; pouls peu fréquent, irrégulier; chaleur modérée. — Calomel, 30 centigr. en quatre prises; lavement purgatif.

Le 26. Il y a eu beaucoup d'agitation hier dans l'après-midi. Ce matin, il y a un léger délire, le malade parle souvent seul; le facies est calme, mais très-coloré. Réponses assez promptes et nettes,

roideur du cou et du tronc, qui sont douloureux quand on veut les fléchir; pupilles dilatées et mobiles ; le malade reconnaît bien les personnes qu'il a l'habitude de voir. La langue est blanche, les boissons ont été mieux tolérées, quoiqu'elles aient encore été vomies quelquefois. Le lavement purgatif a produit une selle; disparition des taches rosées et du météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite; 100 pulsations, peau modérément chaude, tache méningitique. — Calomel, 30 centigrammes; lavement purgatif avec sulfate de soude et séné, āā 15 grammes.

Le 27. Hier, pendant la journée, le petit malade a été assez tranquille; il était souvent assoupi. Dans les intervalles, il délirait, croyait jouer ou se disputer avec ses camarades, contre lesquels il jurait et se fâchait. A la visite du soir, quand on lui adressait la parole, il faisait des réponses justes, et n'accusait de douleur nulle part; mais, quand on voulait l'asseoir, il poussait des cris perçants, se plaignant de souffrir dans le cou et le long de la colonne vertébrale; il existait une roideur tétanique du cou. Dès qu'on cessait de tenir son attention éveillée, il retombait dans l'assoupissement, et quelque temps après il délirait, faisait sa prière, puis un peu plus tard criait contre ses camarades, avec lesquels il croyait se disputer. Le pouls était plus fréquent que le matin, et il s'était déclaré un herpès aux lèvres. La nuit, il a eu de l'agitation; ce matin, le délire est plus intense, plus bruyant, le malade parle presque continuellement. La sensibilité est un peu diminuée, mais le mouvement est bien conservé dans les membres; facies très-rouge et animé; 128 pulsations; chaleur augmentée. Le lavement purgatif administré hier n'a été rendu que dans la nuit, et a été suivi de plusieurs selles involontaires. Pendant qu'on l'examine, il divague continuellement. — Calomel, 30 centigrammes.

Le 28. Léger délire depuis hier matin. Le malade reconnaît les personnes qu'il a l'habitude de voir, et fait quelquefois des réponses justes; roideur considérable du cou, légère inclinaison de la tête à gauche; diminution de la sensibilité, conservation de l'ouïe; tache

méningitique très-apparente, absence de vomissements et de selles, pupilles mobiles, médiocrement dilatées. — 1 goutte d'huile de croton, compresses d'eau fraîche sur la tête.

Le 29. Même état de l'intelligence que la veille; 130 pulsations, facies abattu, émission involontaire des urines, absence de selles; douleur le long du dos et dans le cou quand on veut l'asseoir. — Huile de croton, 2 gouttes; vésicatoire à la nuque.

Le 30. Délire continuel, mais tranquille. Le malade reconnaît toujours les personnes qu'il a l'habitude de voir; face plus animée, plus vermeille; 124 pulsations, chaleur modérée, langue sèche, selles nombreuses, ventre rétracté, diminution de la motilité dans le côté gauche; dilatation des pupilles, surtout de la gauche; tache méningitique très-apparente. — Guimauve.

Le 31. Délire continuel et tranquille; le malade paraît mieux reconnaître les personnes, fronce souvent les sourcils, et remue mieux les membres gauches qu'il ne le faisait hier; dilatation plus considérable de la pupille droite, facies meilleur; diminution de la roideur du cou, selles involontaires. — Sécher le vésicatoire.

Le 1er juin. Délire tranquille, réponses justes, intelligence plus nette; roideur du cou moins prononcée, léger enduit blanchâtre sur la langue, léger ballonnement du ventre, une selle à la suite d'un lavement, douleur dans la fosse iliaque droite; 120 pulsations, peau fraîche, pupilles peu dilatées; état général meilleur. — 1 bouillon.

Le 2. Mieux assez sensible. — 1 bain; 2 bouillons.

Le 3. Le malade dit se trouver bien dans le bain; il sue abondamment de la tête et de la face; il parle beaucoup plus et délire un peu moins, il accuse de la douleur à la tête et au cou. Pendant qu'on le soulève pour ausculter la partie postérieure de la poitrine, il se plaint de souffrir dans les reins; mouvements faciles dans les bras et les jambes, râles muqueux à la base gauche, 116 pulsations régulières; roideur du cou et du tronc. — Bain; 2 bouillons, 2 laits.

Le 4. Hier soir, à l'heure de la visite, le malade disait beaucoup

souffrir à la tête, dans le ventre et la poitrine, et quand on appuyait sur les bras ou les jambes, il poussait de grands cris, se plaignant qu'on lui faisait beaucoup de mal ; en un mot, la sensibilité générale paraissait exaltée ; toux fréquente, précédée de mouvements convulsifs dans tous les muscles de la face. (Potion avec 20 grammes de sirop diacode.) Ce matin, il n'accuse de douleur nulle part, et l'intelligence est assez nette et le facies assez bon ; la toux a presque entièrement disparu ; 104 pulsations, râles sous-crépitants à la base droite, langue humide et un peu sale — Julep simple, avec addition de 10 centigrammes de kermès ; 2 bouillons.

Le 5. Le kermès a produit quelques vomissements ; du reste, il y a peu de changement dans l'état du malade. — Même traitement, plus onctions d'onguent napolitain sur le front.

Le 6. Même état, sauf que le pouls est monté à 120. — Même traitement.

Le 7. Il y a eu beaucoup d'agitation : l'enfant se plaint beaucoup, il est de plus mauvaise humeur, et délire de temps en temps ; il dit qu'il se trouve plus mal, remue moins bien les membres, et a des selles presque involontaires ; 96 pulsations, irrégulières. — Kermès, 10 centigrammes ; 2 bouillons.

Le 8. Le calme est revenu hier dans l'après-midi ; le facies est bon, et l'état général paraît beaucoup meilleur. — Kermès, 5 centigrammes ; 2 bouillons.

Le 9. L'intelligence est beaucoup moins nette qu'elle ne l'était hier : le malade ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit, et ne montre pas la langue quand on le lui demande ; mais il se plaint quand on le pince ; roideur des membres gauches, dilatation considérable de la pupille droite, cris plaintifs et fréquents. Cependant la journée et la nuit précédentes ont été assez bonnes, ce n'est que de ce matin seulement qu'il est plus mal. — Vésicatoire avec la pommade ammoniacale sur le front.

Le 10. Perte de connaissance depuis hier matin, gémissements continuels depuis minuit, insensibilité, résolution complète des mem-

bres, sauf du côté droit, où le malade sent encore un peu quand on le pince; pupilles un peu dilatées, surtout la droite; teinte légèrement cyanosée de tout le corps, trismus, roideur du cou et de la partie postérieure du tronc; 128 pulsations, râle trachéal s'entendant à distance, dilatation des ailes du nez, gros râles sous-crépitants à la base des deux poumons, surtout du droit. — Guimauve.

Le 11. Disparition du râle hier, à onze heures du matin; mieux sensible depuis hier soir, retour de l'intelligence et du mouvement, facies bon; 112 pulsations, régulières; chaleur normale, persistance de la roideur du cou et du tronc; absence de selles et d'urines depuis vingt-quatre heures. — Une demi-bouteille de limonade au citrate de magnésie; 2 bouillons.

Le 12. Hier soir, il n'y avait pas encore eu de selles ni d'urines, malgré l'administration de trois verres de limonade purgative : un lavement avec 30 gram. de sulfate de soude produisit, au bout de peu de temps, l'évacuation des urines et des matières fécales. Ce matin, il y a 112 pulsations, le facies est assez bon, et l'intelligence assez nette; il y a plus de mouvements dans les membres gauches, et moins de contracture dans les muscles du cou et du dos; la tache méningitique est très-apparente; léger engouement à la base des deux poumons; langue blanche. — Huile de ricin, 8 gram., avec 15 gram. de sirop de limons.

Le 13. L'huile de ricin a produit deux selles; l'intelligence paraît moins nette, les réponses sont moins justes, quoique le malade entende fort bien; il remue facilement les membres, il accuse de la douleur à l'épigastre; langue blanche; respiration soufflante aux deux sommets, où il y a moins de son avec retentissement de la voix; toux rare. — Looch avec 10 centigr. de kermès, cat. laud. sur le ventre; 2 bouillons.

Le 14. Depuis hier matin, l'intelligence paraît avoir diminué, et l'ouïe est moins fine; dilatation plus grande de la pupille droite que de la gauche, mouvements assez faciles, sensibilité exaltée, souffle

seulement au niveau des grosses bronches, toux un peu grasse, facies assez bon. — Looch avec 5 centigr. de kermès.

Le 15. L'intelligence paraît encore avoir diminué ; on a beau adresser la parole au malade, il ne répond rien ; cependant il montre la langue quand on le lui demande ; conservation de la sensibilité et du mouvement, dilatation de la pupille droite, facies assez bon. — Kermès, 5 centigr.

Le 16. Le malade a eu trois vomissements depuis hier soir ; il est assoupi, mais, en l'appelant un peu fort, on parvient à lui faire ouvrir les yeux, et il tire la langue de sa bouche quand on le lui demande ; sensibilité exaltée du côté droit, conservation du mouvement, légère contracture des membres, intelligence obtuse, 116 pulsations ; absence de selles, amaigrissement. — Un verre de limonade purgative, vésicatoires aux jambes ; 2 bouillons.

Le 17. Même état de l'intelligence ; abattement plus considérable, diminution de la sensibilité du côté gauche, dilatation plus grande de la pupille droite, mouvements conservés, pas de céphalalgie ; une selle ce matin ; 120 pulsations. — Un verre de limonade purgative.

Le 18. Même état de l'intelligence ; diminution de la sensibilité, amaigrissement. Le malade parle encore, mais lentement. Il a eu deux selles involontaires, cependant il avertit quand il est sale. Il a beaucoup parlé cette nuit, mais ce matin il est tranquille. — 1 verre de limonade purgative ; 2 bouillons, 2 laits.

Le 19. Vomissements de matières bilieuses. L'intelligence paraît plus nette, tandis que la sensibilité semble diminuée. Céphalalgie et douleur à l'épigastre, facies meilleur ; mouvements assez faciles, dilatation égale des deux pupilles ; 124 pulsations régulières, sans chaleur. — Vin de Bagnols 30 gram., sirop de quinquina 10 gram., lavement avec miel de mercuriale, puis un second lavement avec eau de guimauve 60 gram., acide sulfurique 1 goutte, laudanum 2 gouttes, sulfate de quinine 30 centigram. ; 2 bouillons.

Le 20. Deux vomissements, rétraction du ventre, diminution de

la sensibilité surtout du côté gauche, obtusion de l'intelligence, dilatation des pupilles, amaigrissement. — Même traitement.

Le 21. Absence de vomissements, 120 pulsations, légère stupeur; diminution de la sensibilité, surtout du côté gauche. Le malade ne paraît plus entendre; il a les yeux entr'ouverts, il semble encore voir. — Même traitement, plus 4 gouttes d'huile de croton sur le front et la racine des cheveux.

Le 22. Stupeur plus marquée. Ce matin on ne peut obtenir aucune réponse du malade, cependant il paraît qu'il parle encore quelquefois; sensibilité très-obtuse. — Même traitement.

Le 23. 120 pulsations. Depuis hier matin, il y a eu plusieurs vomissements. Le malade est plongé dans la somnolence; mais il pousse des cris quand on le pince, et la sensibilité paraît moins obtuse que les jours précédents. Quand on crie un peu fort, il entend et donne la main quand on le lui demande. — Même traitement.

Le 24. Il y a eu moins de vomissements. Le malade voit quand on veut le pincer et retire sa main. La sensibilité parait diminuée des deux côtés. Léger trismus, roideur du cou et des muscles du dos, amaigrissement, absence de selles; il paraît y avoir moins d'abattement. — Limonade vineuse glacée, 2 gram. de décoction de séné dans 60 gram. de café, huile de croton 2 gouttes, lavement de sulfate de quinine.

Le 25. Même état, sauf qu'il y a un peu moins de trismus. — Même traitement, moins les purgatifs.

Le 26. Même état, même traitement.

Le 27. Assoupissement, pupilles également dilatées. — Même traitement.

Les 28 et 29. Même état, même traitement.

Le 30. Depuis hier matin, il y a eu plusieurs vomissements de matières muqueuses. 144 pulsations, 68 respirations, râle trachéal s'entendant à distance, amaigrissement, intelligence paraissant encore assez nette, moins de sensibilité des deux côtés; tuméfaction

considérable de la région parotidienne gauche. — Même traitement. Mort à onze heures du soir.

Autopsie le lendemain matin, dix heures après la mort. — A l'incision de la dure-mère, qui présente une injection violacée, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité un peu louche. L'arachnoïde et la pie-mère adhèrent assez fortement à la substance cérébrale. Les circonvolutions cérébrales de la convexité sont aplaties et comme tassées les unes contre les autres. Entre elles et les membranes, existe une sérosité épaisse, louche, gélatiniforme. A la base, on rencontre des fausses membranes dans lesquelles le microscope fait découvrir des globules de pus, et qui recouvrent une partie des nerfs olfactifs, les nerfs optiques, l'espace cendré, les pédoncules cérébraux et la protubérance annulaire. On rencontre aussi de ces fausses membranes à la face supérieure du cervelet, derrière la grande fente cérébrale de Bichat. Les scissures de Sylvius sont d'autant plus adhérentes qu'on se rapproche davantage du centre du cerveau. Les ventricules sont un peu dilatés, et contiennent une sérosité un peu louche. La substance cérébrale est partout d'une bonne consistance, et l'on ne peut découvrir de tubercules ni dans le cerveau, ni dans le cervelet, ni dans les méninges.

La cavité de l'arachnoïde spinale contient une notable quantité de sérosité louche. Des fausses membranes purulentes ou albumineuses font adhérer dans plusieurs points les deux feuillets de la séreuse ; cette matière purulente est répandue entre les nerfs de la queue de cheval. La moelle est d'une bonne consistance.

Des adhérences celluleuses unissent le foie aux fausses côtes droites. Le foie a une couleur brune et est d'un volume normal ; sa substance jaune paraît un peu atrophiée. La rate et les reins ne présentent rien d'anormal.

L'estomac, généralement pâle, offre quelques petites plaques rouges dans son grand cul-de-sac. On ne rencontre aucune lésion appréciable dans les intestins. Les ganglions mésentériques sont petits et ne contiennent pas de tubercules.

L'organe central de la circulation est sain. Des adhérences celluleuses font adhérer la face inférieure des deux poumons au diaphragme. Le tissu du poumon gauche est très-friable et ne crépite pas à la partie inférieure, les bronches sont remplies de mucosités. Le lobe supérieur est sain. Du côté droit, les trois lobes sont unis par des fausses membranes. Le lobe inférieur est engoué en arrière. Ganglions bronchiques petits et ne renfermant aucun tubercule.

Cette observation est très-remarquable sous plusieurs rapports, mais surtout par la durée de la maladie et les alternatives de mieux et d'aggravation qui se sont produites dans son cours. Quoique les symptômes n'aient pas été, en général, très-aigus, ils ont présenté cependant, principalement au début, assez d'acuité pour distinguer cette maladie d'une méningite tuberculeuse. Ainsi, dès le premier jour, en même temps que les vomissements et la céphalalgie, apparaît le délire, qui ne se montre pas de si bonne heure chez les individus atteints de méningite granuleuse; le délire a continué les jours suivants.

CAUSES.

Les causes soit prédisposantes, soit déterminantes, de la méningite, sont en général fort obscures. Je ne trouve rien dans les sept cas que j'ai observés qui puisse éclairer sur ce sujet. Tous mes malades, excepté un, se portaient bien, quand les premiers symptômes se sont manifestés, et la religieuse chargée de la surveillance dans la division des enfants malades n'a pu me donner aucun renseignement. Les enfants déjà un peu âgés ne rapportaient eux-mêmes leur maladie à aucune cause. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'influence que peuvent avoir le sexe, l'âge, les saisons et l'hérédité; cependant il paraît assez positif que la suppression trop brusque des maladies du cuir chevelu peut amener le développement d'une méningite soit tuberculeuse, soit franche: M. Rilliet en a vu un cas

probant. Des causes plus directes encore, telles que des coups, des chutes sur la tête, les plaies de cette région, peuvent chez les enfants, comme à tout âge, occasionner la phlegmasie des méninges. L'insolation est aussi considérée comme une cause déterminante. Guersant insiste sur l'influence de cette cause : « L'action prolongée du soleil, dit-il, est une des causes les plus ordinaires de la méningite simple, surtout chez les jeunes enfants. J'en ai eu plusieurs fois la preuve évidente, et notamment chez un jeune enfant de six mois, qu'on avait exposé en plein soleil au milieu d'un jardin, couché dans son berceau ; il a succombé à une méningite cérébrale et cérébelleuse des plus étendues qu'on puisse voir. » Enfin on a encore invoqué l'influence de la masturbation, la frayeur, un accès de colère, la dentition, le développement précoce de l'intelligence.

Les diverses causes que je viens de passer en revue peuvent produire l'une et l'autre forme de méningite, et comme ce sont presque les seules qui paraissent susceptibles de produire ces deux affections, il est difficile de chercher un moyen de les différencier dans les causes qui leur ont donné naissance. On a vu, en effet, la forme tuberculeuse se développer chez des individus bien constitués et qui paraissaient doués de tous les attributs d'un bon tempérament. Cependant, quand on verra se manifester les premiers symptômes d'une méningite chez un enfant faible, lymphatique, à peau fine et blanche, portant des tubercules dans les poumons ou dans quelque autre organe, ou issu de parents phthisiques, on devra avoir les plus grandes craintes d'être en présence d'une inflammation tuberculeuse des méninges ; tandis que si on observe les mêmes symptômes chez un individu présentant les conditions opposées, on aura lieu de soupçonner qu'on ne va probablement avoir affaire qu'à une méningite franche. Quoique je me serve du mot *probablement*, j'attribue cependant une assez grande importance à cette circonstance, parce que, réunie aux principaux symptômes distinctifs, elle a une grande valeur diagnostique.

On doit aussi tenir compte de l'âge ; tous les auteurs, en effet,

sont d'accord sur la plus grande fréquence de la méningite tuberculeuse que de la méningite franche dans l'enfance. A défaut de signes caractéristiques bien tranchés, on devra donc toujours redouter une méningite tuberculeuse chez les enfants. Guersant prétend que cette dernière forme est moins fréquente dans la première enfance ; mais M. Bouchut professe une opinion contraire. Ainsi, sur 8 observations de méningite recueillies chez des enfants de huit jours à trente mois, il a vu 6 méningites tuberculeuses et 2 méningites simples.

DIAGNOSTIC.

Mon but n'est point d'établir le diagnostic de la méningite et des autres maladies avec lesquelles elle pourrait être confondue, mais d'arriver à distinguer les deux formes sous lesquelles elle se présente. Dans la comparaison que j'ai faite des lésions anatomiques, des symptômes et des causes, je n'ai vraiment fait que du diagnostic différentiel entre la méningite simple et la méningite tuberculeuse ; aussi ne me proposé-je de présenter ici qu'un résumé des signes distinctifs de ces deux maladies.

Je ferai d'abord remarquer, d'après M. Rilliet : 1° que le médecin ne doit pas tant puiser les éléments de ses convictions dans les symptômes envisagés isolément que dans leur enchaînement et dans leur ensemble ; 2° que le point capital pour le diagnostic est l'époque d'apparition des désordres de l'intelligence et du mouvement ; 3° que l'invasion de la méningite tuberculeuse peut avoir lieu au milieu de trois états de santé différents, qui sont par ordre de fréquence : 1° des prodromes plus ou moins prolongés, 2° une phthisie confirmé, 3° une santé en apparence parfaite.

M. Rilliet ajoute que la première et la troisième espèce ne peuvent que très-rarement être confondues avec la méningite franche, mais qu'il n'en est pas de même de celle qui se développe dans le cours d'une phthisie confirmée ; cette variété, par sa marche et sa

durée, offrant une assez grande ressemblance avec la méningite simple. Cependant la préexistence bien constatée des tubercules dans l'économie suffit à elle seule pour fixer le diagnostic. Pour baser son diagnostic, il faut donc embrasser et les symptômes et les causes. Ainsi les enfants atteints de méningite franche sont, en général, bien développés, ne présentant aucune trace d'affection tuberculeuse interne ou externe, et sont nés de parents bien portants. On trouve ordinairement des conditions opposées chez ceux qui succombent à la méningite tuberculeuse. Ils sont délicats, chétifs, ont souvent l'intelligence et la sensibilité très-développées ; ils ont eu quelquefois dans leur enfance des glandes engorgées ou des éruptions cutanées chroniques; leurs parents ou leurs frères et sœurs offrent, dans bien des cas, le stigmate des affections tuberculeuses. La méningite franche peut régner épidémiquement, la tuberculeuse est toujours sporadique.

Dans la méningite franche, la maladie frappe les enfants au milieu de la santé la plus florissante; ou, si elle est secondaire, elle survient d'ordinaire dans le cours ou dans la convalescence d'une maladie aiguë non tuberculeuse, ou à la suite d'une cause externe. Dans la forme tuberculeuse, pendant quelques mois ou quelques semaines, les enfants languissent, perdent leurs forces, leur teint se décolore, ils maigrissent, leur caractère se modifie, ils sont tristes, leur appétit diminue, leurs digestions se dérangent, etc. ; l'absence de prodromes est rare, cependant elle peut se rencontrer.

La première débute par des symptômes très-aigus, céphalalgie très-vive, mouvement fébrile intense, respiration accélérée, vomissements bilieux plus ou moins répétés, délire suraigu dès le premier jour ordinairement, quelquefois et rarement le troisième, agitation excessive, précédée ou non de somnolence. Chez les petits enfants, le délire est remplacé par des convulsions. Dans la forme tuberculeuse, on rencontre aussi comme premiers phénomènes morbides les vomissements et la céphalalgie ; mais les vomissements sont moins nombreux, et la céphalalgie moins forte; la

fièvre est moins intense; le délire plus tranquille ne se manifeste ordinairement pas les premiers jours. Dans la méningite franche, tout annonce, dès le début, une affection suraiguë très-grave; dans l'autre, au contraire, rien ne paraît de nature à inspirer des craintes sérieuses : on est tout porté à croire à une affection légère, à un embarras gastrique, par exemple. La constipation est très-opiniâtre dans celle-ci; elle l'est moins dans la méningite franche.

La méningite tuberculeuse a une marche lente, l'intelligence se conserve longtemps, la fièvre est légère; bientôt le pouls se ralentit et devient irrégulier, pour s'accélérer beaucoup à l'approche du moment fatal. Le malade fait entendre de temps en temps des soupirs, ou pousse tout à coup, pendant qu'il paraît plongé dans le coma, des cris aigus tout particuliers et qui semblent sortir de la tête; puis il continue à dormir. L'autre suit une marche très-rapide; les symptômes s'aggravent progressivement; il y a des convulsions coup sur coup, ou bien un délire violent et une agitation extrême. Le malade pousse, au milieu de son délire, des cris furieux qui ne ressemblent nullement aux cris hydrencéphaliques. Enfin la maladie se termine quelquefois au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, rarement après cinq ou six jours; tandis que la méningite tuberculeuse a une durée toujours beaucoup plus longue.

PRONOSTIC.

On peut dire, au sujet du pronostic des deux espèces de méningites, que l'une est très-grave et l'autre presque nécessairement mortelle. En effet, malgré les cas de guérison rapportés par certains auteurs, la plupart des médecins, et je pourrais probablement dire tous, regardent l'inflammation tuberculeuse des méninges comme devant fatalement conduire à la mort. Ce qui a pu induire en erreur à cet égard, c'est qu'on avait longtemps pris pour des fièvres cérébrales diverses affections du cerveau. Mais aujourd'hui, qu'on sait mieux faire le diagnostic des maladies de l'encé-

phale, on ne voit plus de ces guérisons. J'ai souvent entendu M. le professeur Trousseau raconter que jamais il n'avait vu guérir de fièvre cérébrale. Cependant, si les granulations qu'on trouve dans les mailles de la pie-mère ne sont point de nature tuberculeuse, mais fibroplastique, comme tendent à le démontrer les recherches microscopiques faites daus ces derniers temps, le pronostic de la méningite *granuleuse* serait peut-être moins grave, et il ne faudrait pas désespérer de pouvoir guérir cette maladie.

Quoique très-dangereuse, la méningite franche n'est pas toujours mortelle, et bien que les cas observés par M. Rilliet, et que les trois que j'ai recueillis, aient eu une issue fatale, cependant il est bien avéré qu'il y a des cas de guérison. M. Rilliet, en analysant les observations de plusieurs auteurs, en a trouvé quelques-uns qui se sont terminés par le retour à la santé. Il est incontestable que cette affection guérit assez souvent chez l'adulte, sous l'influence d'un traitement énergique et bien dirigé; pourquoi n'arriverait-on pas au même résultat chez l'enfant, à l'aide des mêmes moyens?

TRAITEMENT.

Le traitement des méningites simple et tuberculeuse doit être divisé en prophylactique et curatif.

Les deux formes réclament en grande partie les mêmes indications prophylactiques. Ainsi il faudra éviter d'exposer la tête des enfants à une insolation prolongée; quand on aura à traiter chez eux une maladie du cuir chevelu, il y aura des précautions à prendre pour la guérir. Lorsque l'inflammation n'occupera qu'une surface limitée, on pourra sans inconvénient, quelle que soit sa nature, favoriser sa disparition par des moyens appropriés; lorsque, au contraire, elle sera très-étendue, on aura soin de ne l'attaquer que partiellement; on évitera l'emploi des topiques trop chauds, et on exercera une dérivation sur le canal intestinal, laquelle atténuera la fluxion inflammatoire du cuir chevelu. Il faut prendre garde aussi de surex-

citer le cerveau par des études trop assidues. La tête sera peu couverte, et les cheveux fréquemment coupés. Le ventre sera tenu libre, et les extrémités inférieures tenues dans un état de chaleur convenable.

Mais, s'il s'agit d'un enfant faible, né de parents qui ont eu des affections cérébrales ou qui ont déjà perdu plusieurs enfants atteints de ces maladies, il importe de raffermir la constitution, qui porte déjà l'empreinte de la cachexie scrofulcuse. Il faut mettre en usage le traitement prophylactique et hygiénique conseillé contre la tuberculisation. On fera suivre à l'enfant un régime tonique, dont la base se composera de viandes noires rôties ou grillées, d'un vin vieux et généreux, des ferrugineux, des amers, tels que le quinquina, la gentiane. On lui fera prendre de l'exercice en plein air, et l'on cherchera à développer les forces musculaires.

Ce régime est loin de convenir aux enfants robustes, sanguins, irritables, et prédisposés aux congestions et aux accidents cérébraux; à ceux-ci, il faut une diète rafraîchissante, légèrement antiphlogistique.

Que dire maintenant du traitement curatif de la méningite tuberculeuse ? Malgré l'opinion des auteurs qui prétendent avoir obtenu des cas de guérison en employant des traitements plus ou moins énergiques, il est permis de douter de leur diagnostic, et partant de leurs succès, si surtout on se fonde sur l'expérience d'autres auteurs, tels que M. le professeur Trousseau, qui, comme je l'ai déjà dit, n'a jamais vu guérir cette affection. Je pense également qu'on ne doit avoir aucune confiance dans certains médicaments prônés par quelques médecins, tels que l'iode, et notamment l'iodure de potassium, regardé comme infaillible par un médecin d'Agen, et qui, à l'hôpital des Enfants, a constamment échoué, même entre les mains de son auteur. Il en doit être de même de divers médicaments empiriques, scille, digitale, musc, camphre, asa fœtida, oxyde de zinc, phosphore.

Malgré les insuccès constants ou du moins presque constants que les médecins ont éprouvés contre cette affection, quoiqu'ils l'aient

combattue par les moyens les plus divers, la découverte récente de la nature fibroplastique des granulations permet d'espérer que cette maladie pourra être guérie. Comme il est de toute évidence qu'il entre dans ses éléments un produit inaflammtoire, il est rationnel de lui appliquer le traitement antiphlogistique que nous allons tracer pour la méningite franche, en l'appropriant à la constitution des sujets.

La méningite franche réclame une médication curative très-énergique; plus le traitement aura été commencé près du début, plus il y aura de chances de succès. « Les indications à remplir, dit M. Rilliet, sont générales et spéciales. Les indications générales sont : 1° d'attaquer la phlegmasie par un traitement antiphlogistique énergique ; 2° de favoriser la résolution des produits épanchés; 3° de faire succéder un traitement révulsif très-vigoureux au traitement antiphlogistique, dans la période de collapsus ; 4° de placer les malades à l'abri de tous les excitants du système nerveux.

« Les médications spéciales sont relatives à la cause occasionnelle. Ainsi, lorsque la méningite succède à la disparition brusque d'une affection du cuir chevelu, lorsqu'elle affecte la forme convulsive ou frénétique, lorsqu'elle est primitive ou secondaire, sporadique ou épidémique, son traitement ne doit pas être en tous points semblable. »

Émissions sanguines. Les émissions sanguines constituent la partie la plus importante du traitement de la méningite franche ; c'est sur elle qu'on doit le plus compter, mais aussi il importe de le faire de très-bonne heure. On peut employer les sangsues ou avoir recours à la phlébotomie. Chez les petits enfants, on emploiera de préférence les annélides, qu'on appliquera au nombre de quatre à dix, suivant l'âge, au siége ou aux extrémités inférieures ; cependant, si l'on veut avoir un écoulement de sang continu, on pourra les placer aux apophyses mastoïdes. Chez les enfants qui ont dépassé l'âge de quatre ans, on fera une saignée du bras de 100 à 300 grammes, suivant

l'âge du malade. Les émissions sanguines devront être renouvelées dès le soir, si on a vu l'enfant le matin ; puis le lendemain, une ou deux fois selon l'état du malade. Elles doivent être faites le premier, le deuxième ou au plus tard le troisième jour ; employées plus tard, elles ont l'inconvénient d'avancer le terme fatal en diminuant les forces.

Froid et révulsifs cutanés. En même temps que les émissions sanguines, l'emploi du froid sur la tête produit un heureux résultat en empêchant le sang d'affluer vers le cerveau. On reproche à la glace l'inconvénient de gêner beaucoup les malades, les compresses imbibées d'eau froide ont besoin d'être renouvelées trop souvent ; je préfère donc l'irrigation continue, comme on l'emploie en chirurgie. J'ai vu M. le professeur Rostan, qui y attache une grande importance, en obtenir de très-bons effets chez les adultes ; c'est aussi à elles que MM. Rilliet et Bouchut donnent la préférence. Comme les émissions sanguines, l'application du froid sur la tête doit être interrompue au moment où le coma ou la faiblesse succèdent à la période convulsive ou délirante; il est important que la tête soit préalablement rasée.

En même temps qu'on cherche à repousser le sang de la tête, il faut recouvrir les extrémités inférieures de topiques irritants qui l'attirent vers ces parties. M. Rilliet vante beaucoup, pour remplir cette indication, de larges cataplasmes de farine de lin et de vinaigre qui enveloppent toute la cuisse, la jambe et le pied, et qu'il a soin de faire renouveler toutes les heures.

Si la phlegmasie méningée est survenue après la suppression brusque d'une maladie du cuir chevelu, les frictions sur la tête avec la pommade stibiée ou l'huile de croton tiglium, ou même un vésicatoire, sont indiqués. M. Rilliet préfère l'huile de croton; il verse sur la tête, préalablement rasée, quinze à vingt gouttes de cette huile, qu'il étend au moyen d'un gant, et il fait ces frictions trois, quatre ou six fois par jour. Elles produisent une éruption pustuleuse, confluente, ayant quelque analogie avec les pustules de la variole, qui,

se touchant par leurs bords, soulèvent au loin l'épiderme. La tête toute entière finit par être recouverte d'une calotte purulente d'un beau jaune. Il faut avoir soin, en pratiquant ces frictions, de recouvrir les paupières d'un bandeau, pour éviter l'introduction de l'huile dans les yeux.

Non-seulement on exercera la révulsion sur la surface cutanée, mais on aura aussi recours aux purgatifs ; cependant il faudra les employer avec ménagement, parce que, chez les enfants, ils déterminent facilement des inflammations de l'intestin.

Mais, au début, c'est aux lavements purgatifs qu'il faut avoir recours, à cause des vomissements.

Altérants. Les mercuriaux, principalement le calomel et l'onguent napolitain, s'emploient avec succès pour modifier le sang trop chargé de fibrine, empêcher la production des fausses membranes, et favoriser la résorption des produits épanchés. Le calomel sera de préférence administré selon la méthode de Law.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'imbibition des corps solides; de ses phénomènes, de ses lois. Applications à l'économie animale.

Chimie. — Du vert-de-gris.

Pharmacie. — Des matières pyrogénées employées en médecine; traiter des préparations pharmaceutiques dont elles sont la base.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des liliacées.

Anatomie. — Du mode de distribution des artères dans le rein.

Physiologie. — Des conditions de la contraction musculaire.

Pathologie interne. — De l'état du sang dans les diverses asphyxies.

Pathologie externe. — De la rétention des matières fécales dans le gros intestin.

Pathologie générale. — Des causes diverses de la dyspepsie.

Anatomie pathologique. — Du ramollissement gélatiniforme de l'estomac et des intestins.

Accouchements. — Des suites naturelles des couches, et des soins que réclame la femme récemment accouchée.

Thérapeutique. — De la composition de l'huile de morue et de l'huile de poisson ; de leur action sur l'économie.

Médecine opératoire. — De l'ablation des tumeurs cancéreuses.

Médecine légale. — Des cas judiciaires divers dans lesquels est faite à un médecin expert la question de l'appréciation de l'état mental d'un individu, et de la direction spéciale dans laquelle doit être faite l'expertise en chacun d'eux.

Hygiène. — De l'influence d'un air chaud et humide sur la santé.

Vu, bon à imprimer.

ROSTAN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 2 novembre 1852.